

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, december 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**VLOGA ZDRAVSTVENO NEGOVALNEGA OSEBJA
PRI POSEBNIH VAROVALNIH UKREPIH V
PSIHIATRIJI**

**ROLE OF HEALTH CARE PERSONNEL AT SPECIAL PROTECTIVE
MEASURES IN PSYCHIATRICS**

Študent: ZORAN KUSIČ

Mentor: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., pred.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, december 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**VLOGA ZDRAVSTVENO NEGOVALNEGA OSEBJA
PRI POSEBNIH VAROVALNIH UKREPIH V
PSIHIIATRIJI**

**ROLE OF HEALTH CARE PERSONNEL AT SPECIAL PROTECTIVE
MEASURES IN PSYCHIATRICS**

Študent: ZORAN KUSIČ

Mentor: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., pred.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, december 2009

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici, predavateljici mag. Vesni Čuk, prof. zdr. vzg., za dostopnost, pomoč in strokovno svetovanje pri pripravi diplomskega dela.

Zahvalil bi se tudi sodelavcem Psihiatrične klinike Ljubljana za podporo pri študiju, posebej sodelavcema Blažu in Aljoši za pomoč pri raziskovalnem delu in pri zbiranju literature.

Zahvaljujem se tudi družini za nesebično podporo in potrpežljivost v času študija in partnerki Veri, ki mi je svetovala in pomagala pri izdelavi diplomske naloge.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 DUŠEVNE MOTNJE.....	3
2.1 Etiologija	3
2.2 Klasifikacija duševnih motenj	3
2.3 Načini zdravljenja pacientov z duševno motnjo.....	4
2.4 Najpogostejše duševne motnje, ki so razlog za sprejem brez privolitve	4
3 ZDRAVSTVENA NEGA IN POSEBNOSTI DELA S PACIENTI Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI.....	7
3.1 Etične dileme v psihiatrični zdravstveni negi.....	8
3.2 Uporaba deeskalacijskih tehnik v zdravstveni negi.....	9
4 HOSPITALIZACIJA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO	12
4.1 Zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja področje sprejema brez privolitve.....	13
4.1.1 Zakon o duševnem zdravju.....	13
4.1.2 Sodelovanje s službami za notranje zadeve (policija)	15
5 NASILNO VEDENJE PRI PACIENTIH Z DUŠEVNO MOTNJO	17
5.1 Ocena tveganja za nasilno vedenje	18
6 POSEBNI VAROVALNI UKREPI	20
6.1 Uporaba posebnih varovalnih ukrepov	21
6.1.1 Stalni nadzor v gibanju	22
6.1.2 Oviranje pacienta s pasovi na postelji	22
6.2 Vloga zdravstveno negovalnega osebja pri posebnih varovalnih ukrepih.....	26
6.3 Zagotavljanje varnosti pacientov in zdravstveno negovalnega osebja.....	27
6.3.1 Smernice za preprečevanje nasilnega vedenja.....	28
6.3.2 Smernice za ravnanje s hetero agresivno osebo	29
6.4 Prepoznavanje in preprečevanje neželenih dogodkov	29
6.5 Ocena tveganja za nasilno vedenje pri pacientu	31
7 EMPIRIČNI DEL	33
7.1 Namen in cilj naloge.....	33
7.2 Hipoteze.....	33
7.3 Metode dela	34
7.4 Rezultati raziskave.....	34
8 RAZPRAVA.....	43
9 SKLEP	46
ZAHVALA	5
SEZNAM VIROV	47
PRILOGE	50

KAZALO SLIK

Slika 1: Pasovi za oviranje pacienta	23
Slika 2: Patentni gumb, ločen s pomočjo magneta.....	23
Slika 3: Trebušni pas	24
Slika 4: Pritrditev stranskega pasu na gumb, s katerim je trebušni pas pritrjen na posteljo.....	25
Slika 5: Naramnice – ramenski pasovi	25
Slika 6: V celoti izvedeno oviranje trebušnega pasu z ramenskimi in stranskimi pasovi	25
Slika 7: Ročna manšeta	26
Slika 8: Nožni manšeti.....	26
Slika 9: Fizično oviranje pacienta v celoti.....	26

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Obseg trebušnih pasov po velikosti	24
Preglednica 2: Primer BVC vprašalnika.....	31
Preglednica 3: Tabela rezultatov iz BVC vprašalnika	32
Preglednica 4: Število sprejemov na SM in SŽ oddelku razdeljeno po mesecih.	34
Preglednica 5: Število posebnih varovalnih ukrepov na SM in SŽ oddelku razdeljeno po mesecih	35
Preglednica 6: Prikaz neželenih dogodkov po mesecih.....	41
Preglednica 7: Prikaz neželenih dogodkov razdeljeno po izmenah	41
Preglednica 8: Vrste neželenih dogodkov	41
Preglednica 9: Posledice neželenih dogodkov.....	42

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo je specialno področje prakse zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom z duševnimi motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Osnovna značilnost je terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je prilagojeno funkcioniranje pacienta in razvoj osebnosti. Posebni varovalni ukrep je nujna intervencija v psihiatriji, ki se izvede zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi obvladovanja nevarnega vedenja osebe in se uporabi zaradi visokega tveganja za življenje osebe ali življenja drugih, premoženjske škode in ogrožanja, ki ga ni mogoče preprečiti z drugimi ukrepi.

Namen naloge je bil ugotoviti vlogo zdravstveno negovalnega tima pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Poudarek je bil na poznavanju in uporabi različnih tehnik za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov. Z analizo zbranih podatkov smo ugotavljali pogostost in značilnosti evidentiranih posebnih varovalnih ukrepov ter neželenih dogodkov, ki so se zgodili v Psihiatrični kliniki Ljubljana v letu 2008. Rezultati so pokazali, da je bilo leta 2008 izvedenih 16,4 % posebnih varovalnih ukrepov glede na število vseh sprejemov. Posebni varovalni ukrepi so bili pogosteje uporabljeni pri pacientih moškega spola (59,7 %) kot pri ženskah (40,3 %). Potrdili smo hipotezo, da zdravstveno negovalno osebje pozna tehnike za zmanjševanje osebnosti, ki so bile uporabljene v 55,4 %, in zna tudi pravilno uporabljati posebne varovalne ukrepe. Zdravstveno negovalno osebje je pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov pogosto izpostavljeno. Duševna bolečina je bila evidentirana v 27,7 %, telesna poškodba v 19,2 %, zaradi nasilnega vedenja pacientov pa je bilo evidentiranih 30,8 % neželenih dogodkov.

Ključne besede: zdravstvena nega, duševna motnja, posebni varovalni ukrep, zdravstveno negovalno osebje.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Health care of patients with mental disturbance is a special sphere of health care practice, which is concerning an individual with mental disturbances, family or broad community in primary, secondary and tertiary health security. Basic characteristic is a therapeutic relation between a nurse and a patient, which is focused on efforts for advancing and supporting behaviour, which goal is an adjusted functioning of a patient and a personality development. A special protective measure is a necessary intervention in psychiatrics that is accomplished for the sake of enabling treatment or controlling a dangerous subject's behaviour. It is also used because of high life risk of the subject or others, property damage and threatening, which is not possible to prevent with other measures.

Intention of this work was to establish a role of a health care team at performing special protective measures in psychiatrics. Emphasis was on familiarity and usage of different techniques for controlling violent patients' behaviour. Analysis of collected data established frequency and characteristics of recorded special protective measures and unwanted events that happened at Psychiatric Clinic Ljubljana in 2008. Results showed 16,4 % executed special protective measures as to number of all admissions in 2008. Special protective measures were frequently used with male patients (59,7 %), rather than female patients (40,3 %). We confirmed our hypothesis that health care personnel are acquainted with techniques for reducing personality, which were used in 55,4 % and know how to accurately use special protective measures. Health care personnel are often exposed at performing special protective measures. Mental pain was recorded in 27,7 %, physical injury in 19,2 %, because of violent patients' behaviour was recorded 30,8 % unwanted events

Keywords: health care, mental disturbance, special protective measure, health care personnel

1 UVOD

Duševne motnje predstavljajo skoraj 20 % bolezni v evropski regiji in težave z duševnim zdravjem za nekaj časa v življenju prizadenejo enega od štirih ljudi. Devet od desetih držav z najvišjo stopnjo samomorov na svetu je v evropski regiji. V današnjem času je znanih že veliko dejstev, kaj deluje v spodbujanje duševnega zdravja, preprečevanje, nego in zdravljenje. Izziv je zdaj izvedba tega znanja. Storitve in praksa vedno ne odražajo znanja o tem, kaj deluje na področju duševnega zdravstvenega varstva in zdravljenja. Mnoge države imajo omejeno število institucij, ki izvajajo storitve na področju duševnega zdravja. Mnogi ljudje v velikih psihiatričnih ustanovah so predmet zanemarjanja in zlorabe človekovih pravic, kar se kaže v visoki umrljivosti. Stigma in predsodki, so razširjeni in vplivajo na vse vidike duševnega zdravja, tudi če ljudje iščejo in prejmejo pomoč (1).

Duševno zdravje je stanje blagostanja, v katerem vsak posameznik lahko realizira svoje potencialne, se spoprime z normalnimi obremenitvami življenja, lahko ustvarjalno in uspešno dela in je sposoben prispevati k skupnosti (1).

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije naj bi imelo danes duševne motnje približno 12 % svetovne populacije, kar predstavlja približno pol milijarde ljudi, kar vsak četrti prebivalec sveta pa naj bi enkrat tekom svojega življenja zbolel za eno od duševnih bolezni. Področje duševnega zdravja je v Sloveniji še vedno stigmatizirano in slabo raziskano. V ospredju so duševne bolezni, o katerih govorijo predvsem podatki o obolevnosti, hospitalizaciji in umrljivosti zaradi duševnih težav (2).

Duševno zdravje je stanje posameznika oziroma posameznice (v nadaljnjem besedilu: posameznik), ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja (3).

Duševne bolezni spremljajo človeštvo od njegovega nastanka. Povzročajo motnje v mišljenju, zaznavanju in vedenju človeka ter posledično v njegovem počutju. Duševna motnja je bolezen, ki v ljudeh vzbuja strah, nelagodje, z njo je povezano tudi veliko predsodkov. Zaradi neobičajnega vedenja pacientov, ki odstopa od normalnega, so se takih ljudi v družbi bali, jih zasmehovali in jih zapirali v ustanove, od koder običajno ni bilo vrnitve nazaj v normalno življenje. Prav to je razlog, da še vedno obstaja strah pred psihiatrijo.

Duševne motnje se lahko uspešno zdravijo, vendar pa mora posameznik pri tem sodelovati in sprejemati pomoč strokovnega osebja in svojcev (4).

Psihiatrija je torej v današnjem času vse prej kot represivna in zatirajoča. Deluje podporno in se zavzema za ozdravljenje pacientov z duševno motnjo oziroma izboljšanje njihovega duševnega stanja v največji možni meri. Kljub temu pa se tudi v današnjem času še vedno sliši mnogo negativnih mnenj, ki jih o psihiatriji sprožajo predvsem mediji. Sprejem v psihiatrično bolnišnico nemalokrat spremljajo negativna čustva in marsikdo misli, da je sprejem v psihiatrično bolnišnico vedno ali vsaj v večini primerov neprostoovoljen in da je izveden pod prisilo (5).

Hospitalizacija pacienta z duševno motnjo je nujna in le redkokdaj izpeljana na pacientovo lastno željo. Pacient prihaja iz svojega okolja v povsem specifično sredino bolnišnice, ki mu je tuja in strah vzbujajoča. Proces hospitalizacije je lahko za osebo travmatičen ali spodbuden, odvisno od institucije, odnosa družine, prijateljev in reakcije zdravstvenih delavcev ter načina

sprejema. Velikokrat so pacienti ob sprejemu prestrašeni, nezaupljivi, napeti, lahko so tudi verbalno in fizično agresivni. Že sam sprejem pacienta na zaprti varovani oddelek je lahko stresen zaradi izkušenj iz preteklosti ali predstav, ki si jih pacient ustvari s pomočjo medijev in javnega mnenja. Pogosto se srečujemo s situacijami, ko se pacientu obljubi, da gre le na razgovor ali da bo v bolnišnici ostal le preko noči. Tak pacient se bo počutil prevaranega. V situacijah, ko se pacient zaradi bolezni počuti ogroženega in ni pripravljen sodelovati, se pogosto odločimo za poseben fizični varovalni ukrep. Najpogostejša oblika fizičnega varovalnega ukrepa je oviranje pacienta s pasovi, zaradi česar pogosto prihaja do konflikta med strategijami prisile in etičnimi načeli. Poseganje v avtonomijo pacienta ima lahko za posledico porušeno zaupanje, ki je sicer temelj psihiatrične zdravstvene nege. Akutne situacije, kjer se je negovalno osebje primorano hitro odločiti, dokazujejo, da teorija ni vedno združljiva s prakso (5).

2 DUŠEVNE MOTNJE

Po slovenskem medicinskem slovarju se pod izrazom duševna motnja razume vse bolezenske ali izrazito od norme odmaknjene spremembe duševnega funkcioniranja (6).

Število duševnih motenj skokovito narašča v Sloveniji in tudi v svetu. Psihiatrična stroka je prvi večji porast zaznala v letih 1994 in 1995, od takrat pa se število obiskov psihiatričnih ambulant in sprejemov v bolnišnice nenehno povečuje. Slovenski psihiatri so pred petimi leti ocenili, da gre za pravo epidemijo, letos pa so iz psihiatrične klinike ponovno poročali o skokovitem porastu sprejemov, zaradi česar morajo pacienti v bolnišnici vse pogostejše ležati kar na tleh. Težnja se ne bo umirila, kažejo napovedi. Duševne motnje bodo vsaj enkrat v življenju zajele vsakega tretjega izmed nas (7).

Število ljudi, ki zbolijo za shizofrenijo, najpogostejšo duševno boleznijo, ki je predvsem biološka motnja, ostaja stabilno v vseh družbenih okoljih, celo v vojnih razmerah.

Število ponovitev bolezni je vse večje. Če se ljudje pogostejše vračajo v bolnišnico zaradi ponovitev, je videti, kot da je obolelih več. Nedvomno pa raste število anksioznih in depresivnih stanj ter ljudi, ki so odvisni ali pa zlorablajo različne psihoaktivne substance. To se nam pozna tudi v bolnišnici, kjer imamo enormno velik porast sprejemov ljudi v zapletenem akutnem alkoholnem opoju, pri katerem se ne moreš takoj odločiti, ali je to le pijanost, zaradi katere seveda ljudi ne sprejememo v bolnišnico, ali pa se v ozadju skriva duševna motnja, zaradi katere je oseba nevarna sebi in drugim (7).

2.1 Etiologija

Najsodobnejši pogledi na etiologijo duševnih motenj izhajajo iz biopsihosocialnega modela bolezni: gre torej za prepletanje tako genskih, osebnostnih/intrapsihičnih in socialnih/odnosnih dejavnikov. To izhodišče predpostavlja nujnost celostne/holistične obravnave človeka. Celostni pogled v psihiatriji ali sistemska perspektiva omogoči, da ob upoštevanju najnovejših nevrobioloških dognanj ne ostanemo le na nivoju možganske nevrottransmitterske biokemije, ampak človekovo duševno disfunkcijo, ki se manifestira z njegovim človeškim trpljenjem in določenim vedenjem, umestimo v človekov psihosocialni kontekst. Celostni pristop, ki zagotavlja humanizirano psihiatrijo, torej predpostavlja interdiscipliniranost znanja in sodelovanja – med strokami in med strokovnjaki (8).

2.2 Klasifikacija duševnih motenj

Tako kot druge bolezni in zdravstvene motnje, so tudi duševne motnje razporejene po posameznih skupinah glede na simptome in znake, ki so značilni zanje. Enotna klasifikacija duševnih motenj je potrebna in koristna iz več razlogov. Omogoča zbiranje epidemioloških podatkov in primerjalne raziskovalne študije, je osnova za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev, pomembna je s pravnega stališča in za delo zavarovalnic. Še posebej pomembna pa je uporaba enotne klasifikacije duševnih motenj v procesu diagnostike in zdravljenja. Okvirno določa metodo zdravljenja in nakazuje potek ter prognozo posamezne duševne motnje in olajšuje nadaljevanje zdravljenja pacientov v različnih zdravstvenih ustanovah (9).

V Evropi uporabljamo klasifikacijo duševnih motenj po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – Deseta revizija (MKB-10). V njej so razporejene posamezne nozološke enote in opisana merila, na osnovi katerih je mogoče

postavljati diagnozo duševne motnje. Sistematično so v tej klasifikaciji opisani klinični znaki in simptomi, ki morajo biti razpoznavni v klinični sliki pacienta, da lahko pri njem postavimo določeno diagnozo. V tej so smiselno zbrane ugotovitve, ki jih dajejo ocena duševnega stanja pri psihiatričnem pregledu, anamnestični podatki in morebitni izvidi somatskih preiskav, kadar so te potrebne zaradi vrste ali narave bolezenskih znakov in simptomov (9).

Osnovne diagnostične skupine duševnih motenj so naštet in opisane v poglavju V (F00-F99) po MKB-10 in so razdeljene v naslednje sklope (9):

- F00-F99 – Organske duševne motnje,
- F10-F19 – Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi,
- F20-F29 – Shizofrenija, ahizotipske in blodnjave motnje,
- F30-F39 – Razpoloženske (afektivne) motnje,
- F40-F49 – Nevrotske, stresne in somatoformne motnje,
- F50-F59 – Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki,
- F60-F69 – Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi,
- F70-F79 – Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija),
- F80-F89 – Vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci,
- F99 – Neopredeljena duševna motnja.

2.3 Načini zdravljenja pacientov z duševno motnjo

V psihiatriji ne zdravimo duševnih motenj ali bolezni, pač pa paciente. Pacient je v psihiatriji dejaven subjekt zdravljenja in ne pasiven objekt, ki ga zdravimo. Pomeni, da pacient dejavno sodeluje v postopku zdravljenja. To pa je mogoče le tedaj, ko s pacientom vzpostavimo ustrezen terapevtski odnos, srečanje dveh enakopravnih ljudi. Seveda je hkrati to odnos strokovnjaka, ki zmora pacienta s svojim znanjem zdraviti, in pacienta – laika, ki to zdravljenje potrebuje (10).

Med ljudmi je razširjeno mnenje, da so duševne bolezni neozdravljive, torej da tisti, ki zbolijo za duševno boleznijo, ne more več ozdraveti. Ta trditev ne drži, saj je večina duševnih bolezni (kot tudi somatskih bolezni) ozdravljiva. Opažamo tudi, da so nekatere duševne bolezni recidivne, in sicer enako kot tudi nekatere somatske bolezni (11).

V grobem delimo zdravljenje v psihiatriji na: psihofarmakološko ali biološko, psihoterapevtsko, izjemoma na druge biološke metode (12).

Psihofarmakologija proučuje delovanje zdravil, ki se uporabljajo za lajšanje in obvladovanje simptomov pri duševnih motnjah. Antipsihotična terapija umirja hiperaktivnost, nemirnost, sovražnost, halucinacije, vzkipljivost, negativizem, nespečnost, ravnodušnost itd.(11).

2.4 Najpogostejše duševne motnje, ki so razlog za sprejem brez privolitve

Pogoj za neprostoovoljno hospitalizacijo je taka duševna bolezen, ki vključuje pomanjkljiv bolezenski uvid. Tu gre zlasti za bolezni iz psihotičnega območja. Kot psihozo razumemo bolezensko motnjo, ki bistveno moti pacientov stik z realnostjo, zaradi česar je pomembno moteno njegovo vsakodnevno funkcioniranje. Najpogostejše bolezni iz te skupine so shizofrenija, shizoafektivna motnja, trajna blodnjava motnja, manična motnja, depresivna motnja in organske motnje (13).

- **Shizofrenija** je ena najtežjih duševnih motenj. Vzroki so različni, pretežno dedni. V večini primerov se prične bolezen med petnajstim in petinštiridesetim letom starosti. Bolezen prizadene številčno približno enako moške in ženske. Potek in izid bolezni sta pri ženskah blažja kot pri moških. O vzrokih nastanka shizofrenije so danes sprejete teorije, ki upoštevajo multifaktorialno pogojenost. Shizofrenija naj bi bila produkt interakcij znanih in še neznanih bioloških in socialnih dejavnikov. Klinična slika shizofrenije je zelo pestra in pri skoraj vsakem pacientu naletimo na kaj novega. Bolezen dokazujemo s simptomatskim pristopom oziroma z bolezenskimi znamenji. Bolezenska znamenja delimo v formalne in vsebinske motnje mišljenja (shizofrenska miselna disociacija, miselna zadruga), blodnje, motnje zaznavanja, motnje čustvovanja, avtizem, motnje hotenja, in depersonalizacije (hipobulija, abulija, katatonski simptomi). Pri shizofreniji praviloma niso prizadete naslednje duševne funkcije: zavest, inteligentnost, osebnostna, časovna in krajevna orientiranost, spomin in pozornost. Bolezen nastopi počasi in postopoma ali pa nenadoma z burno simptomatiko. Bolezen lahko poteka valovito ali maligno. Glede na kombinacijo bolezenskih znamenj ločimo naslednje tipe shizofrenije: paranoidna shizofrenija, hebefrenska shizofrenija, katatonska shizofrenija, nediferencirana shizofrenija, postshizofrena depresija, rezidualna shizofrenija, enostavna shizofrenija (13,14).
- **Depresije in samomorilnost.** Z depresijami so se srečevali že v antičnih časih. Hipokrat je v 4. stoletju pr.n.št. za depresije uvedel izraz melanholija ter pojav tudi razložil. V praksi delimo depresije na psihotične in nepsihotične. Pri psihotičnih depresijah poznamo dve obliki. To sta retardirana in anksiozna depresija. Glede na uspešnost zdravljenja omenimo še rezistentne in kronične depresije, pri katerih ne dosežemo izboljšanja tudi po večletnem zdravljenju. Poznamo tudi depresivne reakcije ob izgubi in poglobljanju žalovanja. Običajno gre za nepsihotično depresijo. Bolezen se pojavi povprečno pri štirih od 1000 prebivalcev. Kot dejavnik je na prvem mestu dednost. Obstaja več nevrobiokemičnih teorij o nastanku depresij. Depresije se lahko pojavljajo v vsakem življenjskem obdobju. Pravijo, da je depresija bolezen časa, v katerem živimo. Kaže se v zunanjem videzu kot potrlost, žalost. Pacient odgovarja tiho, monotono, je psihomotorno zavrt, brez zanimanja za zunanji svet. Pri zdravljenju uporabljamo antidepresive in psihoterapijo. Samomor je v Sloveniji pogost pojav glede na stopnjo. Glede na spol je samomorilcev v razmerju 3:1 v korist moških. Samomor poskušajo storiti predvsem ženske in mlajše osebe, uspešnejši pa so moški in starejše osebe. Dejavniki tveganja so: Presuicidalni sindrom, duševne bolezni, moški spol, starost, težka telesna bolezen, osamljenost, izguba ljubljene osebe ... Pri preprečevanju samomora strokovnjaki poudarjajo pomen pravočasnega in uspešnega zdravljenja depresivne bolezni, raziskovanje samomorilnosti, formiranje centrov za preprečevanje samomorov (15).
- **Manija** se lahko pojavlja v kombinaciji z depresijo in je del bipolarnе motnje razpoloženja. Kaže se v trojnosti simptomov: evforija, motorična zavrtost, beg idej. Pacient ima naslednje težave: motnje spanja, hranjenja, odvajanja, na začetku je hiper produktiven, pozneje je nekreativen, je promiskuiteten, povzroča nesreče, je jezav, hipermobilen. Razpoloženje in vedenje se spremenita v jezavost in privedeta do nasilnosti, ki je pacient ne zmore obvladovati, zato je potrebna hospitalizacija, ki pa se začne na varovanem sprejemnem oddelku. Pacient mora jemati predpisana zdravila, do katerih je sprva odklonilen (16, 17).

- **Organske duševne motnje.** Pričnejo se v kateremkoli življenjskem obdobju, pogostejše pa so v starosti. Med pogostejšimi vzroki teh motenj so: epilepsija, encefalitis, primarno degenerativne bolezni, možganske poškodbe, možganski tumorji, infekcije, zdravila, droge, strupi. Poznamo več vrst organskih duševnih motenj (18).
- **Delirij.** Delirantna stanja so med hospitaliziranimi pacienti dokaj pogosta. Delirij je etiološko nespecifični organski cerebralni sindrom, ki se hitro razvije in ima običajno nihajoč potek. Običajno se prične z znaki, kot so nemir, anksioznost, prestrašenost, preobčutljivost. Pacienti so običajno dezorientirani. Prisotne so lahko tudi halucinacije, blodnje, spominske motnje, motena pozornost, ritem spanja. Psihomotorno so lahko zavrti celo mutacistični pacient. Pogosto se delirij pojavlja pri odtegnitvi alkohola ali sedativov.

Delirij je prehodna motnja, ki običajno traja nekaj dni do nekaj tednov. Z odstranitvijo osnovnega vzroka (prekinitev terapije) delirij spontano neha (19).

3 ZDRAVSTVENA NEGA IN POSEBNOSTI DELA S PACIENTI Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Pred odkritjem in uvedbo zdravil za zdravljenje duševnih bolezni se je večina pacientov zdravila v tako imenovanih azilih, kar pomeni, da so večji del življenja preživeli za zidovi psihiatričnih bolnišnic. Zdaj, ko so na voljo zelo učinkovita zdravila in o duševnih boleznih vemo precej več, se je krivulja, ki prikazuje čas hospitalizacije psihiatričnih pacientov, krepko obrnila navzdol. Med najpomembnejšimi razlogi je stigma, ki še vedno spremlja zdravljenje v psihiatrični bolnišnici (20).

Najobčutljivejša skupina pacientov, ki trpi za psihozo, pogosto zavrača zdravljenje. Depresivni pacienti redko zavrnejo pomoč, medtem ko so tisti z manj tako evforični in polni načrtov ter energije, da jih je v takšnem razpoloženju težko prepričati, da je z njimi nekaj narobe in da je njihovo vedenje posledica bolezni. Sicer pa le sedem odstotkov ljudi na leto sprejmejo proti njihovi volji. Med njimi so predvsem tisti, ki so zaradi hudih duševnih motenj popolnoma nekritični. Takšne paciente običajno zdravimo na zaprtem oddelku. Z oddelka zaprtega tipa je namreč pacientu onemogočen odhod iz bolnišnice v kateremkoli trenutku, ker so vrata zaklenjena (20).

Ljudi ni strah le duševnih bolezni, ampak tudi psihiatričnih bolnišnic. Strah pred psihiatrijo obstaja od nekdaj. Navzoč ni zgolj pri laični, temveč tudi pri strokovni javnosti, povezan pa je predvsem s stigmo (20).

Delo v psihiatriji je timsko, saj je bilo treba že zaradi narave dela delati v skupini. Poleg zdravnika ter srednjih, višjih in diplomiranih medicinskih sester v ekipi sodelujejo še socialni delavci, psihologi, delovni in drugi psihoterapevti. Ekipno delo je dobro predvsem zaradi pacientov, ker o njihovem zdravljenju izreka mnenja vsak od strokovnjakov s svojega stališča. V psihiatriji so edini posegi v telo dajanje injekcij in/ali odvzemanje krvi. Edina invazivna metoda bi bilo zdravljenje z elektrošoki (EKT), ki pa jih v Sloveniji več nimamo. Najpomembnejše delo medicinske sestre na psihiatriji je psihiatrična zdravstvena nega, ki je specialno področje zdravstvene nege in se ukvarja s pacientom z duševnimi težavami in motnjami. Njena osnovna značilnost je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, izboljšanje bolezni in vedenja (20).

Spremenjeno vedenje in doživljanje pacientov prepoznamo kot znake oziroma posledice bolezni. Bolezen in bivanje v bolnišnici spremeni človekovo življenje. Terapevtski odnos vključuje znanje in razumevanje vedenja, strokovno ravnanje in podporo, spodbudo in učenje pacientov, izvajanje negovalnih intervencij na osnovi zaupanja, spoštovanja in etičnih vrednot, ki se kažejo kot empatija, potrpežljivost in prizanesljiv odnos, kar omogoča pacientom osebnostno rast in jih pripravi k sodelovanju v procesu zdravljenja in zdravstvene nege. Terapevtska komunikacija je vzajemna in pomembna izkušnja za pacienta. Medicinska sestra pri svojem delu v odnosu do pacienta upošteva osebnostne lastnosti in uporablja specifične klinične tehnike za doseganje sprememb v vedenju pacienta. Spoznati moramo sami sebe, svojo podobo, samozavest in samospoštovanje, svoja čustva in doživljanja, svoj altruizem in svojo moralno ter etično usmerjenost. V odnosu s soljudmi moramo biti pristni, spoštljivi in empatično naklonjeni (21).

Psihiatrična zdravstvena nega ali zdravstvena nega pacientov z duševno motnjo je specialno področje zdravstvene nege, ki skrbi za ljudi vseh starosti z duševno boleznijo ali duševno stisko, kot so shizofrenija, bipolarna motnja, psihoza, depresija ali demenca. Medicinske sestre se na tem področju še dodatno usposabljaajo, in sicer na področju psihološke terapije, terapevtskega zavezništva, soočenja oziroma sprejemanja s posebnim vedenjem in uporabo

psihiatričnih zdravil. Kot pri drugih področjih zdravstvene nege, tudi nega psihiatričnega pacienta deluje po modelih zdravstvene nege z uporabo načrtov in skrb za celotno osebo. Poudarek je na razvoju terapijskega odnosa.

Uporaba zdravil v psihiatriji je običajno uporabljena intervencija in medicinske sestre so vključene v postopke priprave in dajanja zdravil, tako v trdi obliki kot v obliki injekcij. Vloga medicinskih sester je učenje pacienta in njegovih svojcev pravih interakcij, ustrezne komunikacije in ustreznih medosebnih odnosov, dajanje informacij in svetovanje pacientu ob njegovih notranjih konfliktih, bojaznih in stiskah, vodenje vsakodnevnega življenja na oddelku, z vzpodbujanjem pacienta in učenjem fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti, pomoč in vzpodbuda pacienta pri zadovoljevanju telesnih potreb in izvajanje medicinsko tehničnih posegov, zagotavljanje pacientove varnosti, učenje pacienta izražanja čustev in spodbuda k izražanju čustev, skrb za terapijsko vzdušje na bolniških oddelkih in povsod, kjer se zdravijo pacienti z duševnimi motnjami. Zdravstveno vzgojno delovanje tako v stiku z pacientom, njegovimi svojci, kot tudi v širši skupnosti, skrbi za vodenje zdravstvene nege in oskrbe na psihiatričnih oddelkih in drugih zdravstvenih ustanovah. Medicinska sestra je samostojna izvajalka ali sodelavka pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela z pacienti, je pacientov sogovornik, svetovalec in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno (21).

Vloga medicinskih sester v psihiatriji je tudi dajanje informacij o stranskih učinkih zdravil; kadar je to mogoče, se pacient po zdravnikovem priporočilu odloči o uporabi najboljših razpoložljivih zdravil. Psihosocialne intervencije, ki vključujejo psihoterapevtske posege, kognitivno vedenjske terapije, družinske terapije, psihodinamične pristope ipd., se lahko uporabljajo za širok spekter problemov, vključno z psihozo, depresijo in anksioznostjo (22).

3.1 Etične dileme v psihiatrični zdravstveni negi

Vse, kar delamo, vsaka odločitev, ki jo sprejmemo, in vsako dejanje, ki ga izvedemo, temelji na našem zavestnem ali podzavestnem verovanju, stališčih in vrednotah.

Zdravstvena nega in mentalno zdravje ali psihiatrična zdravstvena nega je specialno področje prakse zdravstvene nege. Ukvarja se s posameznikom z duševnimi motnjami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu.(21)

Osnovna značilnost psihiatrične zdravstvene nege je odnos med medicinsko sestro in pacientom. Ta odnos je usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje pacienta. (21)

Človekovo življenje je neprestan proces sprejemanja odločitev in posledice le-teh imajo močan vpliv na naše življenje in življenje drugih. Sprejemanje odločitev je posebno pomembno pri medicinski sestri oziroma zdravstvenem tehniku, ki pri svojem delu velikokrat sprejemajo različne odločitve v zvezi z pacientom. Njihove odločitve morajo temeljiti na strokovnem znanju in na moralno-etičnih načelih, ki so se oblikovali pod vplivom kulturnega okolja, verskega ali političnega prepričanja, izobrazbe, življenjskih izkušenj itd. Za razliko od posameznika ima medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik poleg individualnega sistema vrednot še poklicni sistem vrednot in etičnih načel, ki so opredeljeni v etičnih kodeksih in strokovnih standardih (23, 24).

Osnovna etična načela so (23, 24):

- dobronamernost (vsak poseg naj bo v korist pacientu);
- neškodljivost (naše ravnanje naj ne bi nikoli škodilo);
- pacientova avtonomnost (pravica do lastne izbire, svobode volje, svobode odločanja, itd.);

- pravičnost (enaka obravnava vseh pacientov ne glede na njihove lastnosti);
- resnicoljubnost (pacient ima pravico vedeti vse, kar je v zvezi z njegovim stanjem);
- zaupnost (varovanje pacientovih podatkov).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki se pri svojem delu srečujemo s situacijami in primeri, ki prihajajo v konflikt z našim vrednostnim sistemom in jih moramo presoјati iz pravnega in moralno etičnega stališča. Govorimo o etični dilemi, ki je konflikt v etičnih načelih in izbira med dvema možnostima, ki sta za vrednostni sistem posameznika obe etično nesprejemljivi. Pri tem se postavljajo vprašanja (23, 24):

- Kaj moram storiti?
- Kaj je najbolje, da storim?
- Kakšna dobra ali slaba posledica bo nastala po tej odločitvi?

Pri odločanju in odgovoru na zastavljena vprašanja je potrebno spoštovati in poznati zdravstveno zakonodajo in temeljne listine, skupno z pacientovimi pravicami (23, 24).

Najpogostejše etične dileme v zdravstveni negi so (23, 24):

- sprejem in zdravljenje brez privolitve (opredeljen je v Zakonu o zdravstveni dejavnosti);
- fizično omejevanje nasilnega pacienta;
- aplikacija medikamentozne terapije brez privolitve;
- stiske osebja ob samomoru v bolnišnici

Zelo pomembno pri našem delu je, da pri svojih sprejetih odločitvah, dejanjih in posledicah razmišljamo in razpravljamo s sodelavci. S pomočjo razgovora in supervizije, ki je vodena od zunaj, rešimo marsikatero dilemo in konflikt z našim vrednostnim sistemom (23, 24).

3.2 Uporaba deeskalacijskih tehnik v zdravstveni negi

Zmanjševanje stopnjevanja napetosti je uporaba določenih verbalnih in neverbalnih t.i. deeskalacijskih tehnik, z namenom zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, jeze, sovražnosti in potencialne agresivnosti pri napetem pacientu (25).

Ob intenzivnejšem raziskovanju in poznavanju pacientovega agresivnega vedenja v zadnjih petnajstih letih je bila pozornost usmerjena predvsem v preprečevanje incidentov fizičnih napadov in hitro ukrepanje osebja (25). Obvladovanje agresivnega vedenja je postalo pomembna sposobnost zdravstveno negovalnega osebja (26).

Biti sposoben izvajati deeskalacijske tehnike zahteva od osebe več kot zgolj teoretično razumevanje agresivnega vedenja. Komunikacija z napetim pacientom je velikokrat umetnost, ki zahteva osebnostno in profesionalno zrelost, znanje in izkušnje (27).

Umirjanje napetosti ni nek skrivnosten proces, je le ena izmed oblik vsakodnevnih stikov med ljudmi. Pri tem je pomembno poznavanje dejavnikov, ki povečajo tveganje za agresivno vedenje (27):

- notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije;
- droge ali alkohol;
- frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije);

- nedosledno postavljanje meja;
- pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. soba za sproščanje);
- nenaden stres;
- zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena;
- pomanjkanje osebnega prostora;
- ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti;
- pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja;
- aplikacija terapije proti volji pacienta.

Pri vzpostavitvi odnosa z napetim, odklonilnim in potencialno agresivnim pacientom se moramo ves čas zavedati, da lahko naša verbalna in neverbalna komunikacija vpliva na izbruh nasilnega vedenja (25, 26, 27):

Ton glasu – vpitje, sarkazem, grožnje in nestrpnost dvigujejo prag napetosti; pri govorjenju mora biti glas pomirjujoč in rahlo tišji od glasu agresivnega pacienta.

Očesni kontakt – strmenje se lahko zazna kot konfrontacija, umikanje pogleda pa kot nevrednost zaupanja (nezanesljivost).

Osebni prostor – agresivna oseba potrebuje do štirikrat več lastnega prostora (omogočimo dva metra).

Razpoloženje – zaželeno je, da bi bili pri soočanju s potencialno agresivnostjo videti mirni in zbrani, kar pa je težko doseči. Nekateri priporočajo »prilagajanje razpoloženja«, pri čemer naj bi medicinska sestra pacientovi stopnji vznemirjenosti prilagodila svojo stopnjo skrbnosti oziroma empatije.

Izraz obraza – pogosto se razpoloženje druge osebe reflektira na našem obrazu. Če je nekdo vznemirjen, potem našo skrb zanj izražamo z izrazom, ki reflektira njegovo razpoloženje. Ob občutkih tesnobe in zaskrbljenosti naš izraz morda ne bo odražal našega razpoloženja.

Drža telesa – naša drža telesa je izjemno pomembna. Izogibajmo se držam, ki izražajo avtoriteto ali obrambo (npr. roke na bokih). Ne zavzemajmo položaja direktno pred pacientom. Tekom komunikacije naj bo razdalja med osebama vsaj en meter, le-ta se poveča v primeru verbalne agresije. Četudi govorimo pravilno, lahko naša drža telesa to popolnoma ovrže in s tem izniči možnost uspešne deeskalacije. Kadar pri pacientu obstaja možnost agresivnega vedenja, naj se z njim pogovarja samo en član osebja. To omogoča osredotočenje na en sam stik in preprečuje zmedenost. Osebe naj bi imele izdelano strategijo za soočanje s takimi situacijami, pri čemer mora vsak član osebja poznati svojo vlogo.

Občutke jeze, frustracije in razvrednotenja pri pacientu lahko zmanjšamo, če mu dopustimo, da dà duška svojim občutkom in mu ob tem pozorno prisluhnemo. Govorimo nekoliko tišje kot agresivni pacient in, če se le da, počasneje kot običajno. Dokazano je, da s takšno strategijo ustvarimo model, ki agresivnega pacienta praktično prisili, da ga posnema.

V komunikaciji je koristno tudi uvajanje osebne note. Agresivni pacient naj ve, da ste oseba z imenom in ne le orodje ali predmet provokacije.

Vprašanja naj bodo osredotočena na kako, kaj ali kdaj. Beseda zakaj naj bi bila provokativna, še zlasti, če pacient za nastalo situacijo krivi vas ali vaše sodelavce (25, 26, 27).

DEESKALACIJSKE TEHNIKE LAHKO RAZDELIMO NA ŠTIRE KORAKE (25, 26, 27):

1. korak:

Oceniti situacijo

To je neposredna presoja razpoloženja in vedenja agresivnega pacienta, ki jo opravimo večinoma samodejno, vendar pa se je moč večine presojanja tudi naučiti in jo razvijati.

2. korak:

Zmanjšati jezo

Zelo pomembno je, da zares pride do tega, saj se jezen pacient ne more ustrezno spoprijeti s

težavo, dokler je vznemirjen. Ta korak je ključnega pomena, terja pa izurjenost osebja pri spraševanju, prepričevanju, pojasnjevanju in svetovanju.

3. korak:

Razjasniti težavo

Na agresivnost se običajno odzovemo s »Kaj vas moti?«. Vedeti morate, kaj je povzročilo oziroma sprožilo jezo, preden lahko ponudite rešitev.

4. korak:

Rešiti težavo

Potrudite se sodelovati s pacientom pri iskanju rešitve tako, da mu jo ponudite, obenem pa ga spodbujajte, da rešitve predlaga tudi sam (25, 26, 27).

Ravnanje z agresivnostjo ni združljivo z zmagovalnostjo ali prevlado. Upoštevati je potrebno tudi nujnost popuščanja. Cilji, ki jih želimo doseči preko opisanih korakov, so, da se bo pacient umiril in bo manj moteč za svojo okolico, se bo naučil sprejemljivejšega načina izražanja nezadovoljstva in bo spoznal vzroke svojega vedenja.

Pri razvijanju deeskalacijskih tehnik je pomembno poznavanje samega sebe ter veščin obvladovanja stresa. Soočanje z nevarnostjo uspešneje obvladujemo s pozitivnim razmišljanjem, ob upoštevanju dejstva, da je strah pred nevarnostjo normalen in ustrezen (25, 26, 27).

4 HOSPITALIZACIJA PACIENTOV Z DUŠEVNO MOTNJO

Terapevtski odnos je v psihiatrični zdravstveni negi za graditev in poglobljanje zaupanja zelo pomemben. Člani negovalnega tima morajo imeti vse kvalitete za sprejem pacienta, čeprav je le-ta odklonilen, žaljiv ali agresiven. Pomirjujoč pogovor in prijateljsko prigovarjanje, velikokrat omili napetost in omogoči sodelovanje pacienta. Komunikacija z napetim pacientom je velikokrat umetnost, ki zahteva osebnostno in profesionalno zrelost, znanje in izkušnje (28).

Sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico poteka navadno in večinoma tako, kot so zdravniki in osebje navajeni pri sprejemu v druge bolnišnice. Spričo duševne bolezni pa se lahko srečamo tudi s posebnostmi: posamezni pacient hospitalizacijo odklanja, se ji z besedo ali fizično upira, ali pa celo ustvari situacijo, ki je za običajno usposobljenost zdravstvenega osebja nevarna, težko premagljiva. V takih primerih se zdravnik odloča za hospitalizacijo pacienta brez njegove privolitve (29).

Problematičnost neprostovoljne hospitalizacije je očitna že na prvi pogled. Smisel hospitalizacije je v izboljšanju pacientovega zdravja, dobro zdravje pa je kot ena največjih vrednot v interesu družbe in posameznika. Od kod torej razmišljanje o hospitalizaciji brez pacientove privolitve? Gre seveda zlasti za situacijo, ko pacient zaradi svojih lastnosti (trajnih ali trenutnih) ni sposoben dojeti potrebe po hospitalizaciji ali ne zmore vzpostaviti komunikacije in s tem dati pristanka k hospitalizaciji. Omenjeno področje je zapleteno s terminološkega, etičnega, pravnega in medicinskega vidika (30).

Pojem neprostovoljna hospitalizacija pokriva tri možne situacije:

- pacient je hospitaliziran, čeprav temu nasprotuje;
- pacient je pristal na hospitalizacijo, vendar njegov pristanek ni posledica »proste volje« (npr. pacient s preganjalnimi blodnjami sprejme hospitalizacijo kot zaščito pred ljudmi, ki jih doživlja kot preganjalce, čeprav hkrati misli, da ne potrebuje zdravljenja – torej situacijo razume napačno);
- pacient ne zmore smiselne komunikacije, zato sploh ne vzpostavi svojega odnosa do hospitalizacije (npr. kvantitativna motnja zavesti ali huda oblika demence) (30).

Hospitalizacija brez privolitve na prvi pogled pokriva prvo in tretjo možnost prejšnjega odstavka. V praksi pa se srečamo z vprašanjem, kdaj psihotični pacient sploh povsem razume razloge za hospitalizacijo oziroma kdaj je njegova volja res »prosta« vplivov bolezni. Če bi bili zelo natančni, bi verjetno po tem nadziranju morali vsem psihotičnim pacientom odreči možnost prostovoljne hospitalizacije (seveda tudi v splošnih bolnišnicah!) (30).

Za kaj gre pri hospitalizaciji brez privolitve pacienta? Od pacienta je treba pridobiti "pristanek po pojasnilu" (ang. informed consent) za vsak medicinski poseg, seveda tudi za sprejem v bolnišnico. To pravilo predpostavlja pacientovo sposobnost kompetentnega odločanja. Ta pa je v številnih primerih močno zmanjšana ali celo odsotna, na primer pri nezavestnem poškodovancu v prometni nesreči ali pri takem, ki je zaradi poškodbe glave močno zmeden in konkretne situacije ne more razumeti. Takrat mora odločitev glede zdravljenja namesto pacienta sprejeti nekdo drug, saj bi odlašanje imelo katastrofalne posledice. Pogoji za ohraneno sposobnost odločanja je neokrnjeno delovanje možganov, duševne motnje pa so seveda odraz določenih težav v tem delovanju. Pri "lažjih" motnjah je stik z realnostjo pretežno ohranjen in je pacient sposoben kompetentno zavzeti stališče o pomembnih

vprašanjih, v primeru "težje" motnje pa objektivno realnost pogosto dojema povsem napačno (31).

Ker je zdravljenje v takih primerih nujno, zdravnik sme (in mora) sprejeti pacienta v bolnišnico tudi brez njegove privolitve. Tak sprejem pa predstavlja omejevanje z ustavo zagotovljenih pravic, zato morajo biti postopki opredeljeni v zakonu in podvrženi sodni kontroli. Do sprejetja novega zakona o duševnem zdravju je do tedaj veljavna slovenska zakonodaja določala, da mora bolnišnica, v katero je bil sprejet pacient brez privolitve, v osemindesetih urah obvestiti pristojno sodišče. To najpozneje v treh dneh pošlje v bolnišnico komisijo, ki jo sestavljajo sodnik, psihiater (ki ni zaposlen v tej bolnišnici) in, po odločbi ustavnega sodišča, tudi odvetnik. Komisija pregleda medicinsko dokumentacijo, se pogovori s pacientom in njegovim zdravnikom, nato pa se sodišče v pisnem sklepu izreče o dopustnosti "pridrzanja" (31).

Slovenski zakon o duševnem zdravju sledi tistim modernim trendom, ki poudarjajo varovanje ustavnih pravic, čeprav na račun zdravljenja. Novi Zakon o duševnem zdravju izrazito zaplete postopke ob neprostovoljni hospitalizaciji, ki zahtevajo bistveno več časa napotnega zdravnika, sprejemnega zdravnika in sodišča; predlog zakona pa ne predvideva dodatnih sredstev za nove zaposlitve. Uvaja nove poklice (npr. ob odvetniku, ki je zadnjih nekaj let obvezno spremljal delo sodne komisije, se pojavi dodatno zagovornik - ki tu ni isto kot odvetnik). Pacientove svojce, napotnega zdravnika in psihiatra postavlja v položaj pacientovih nasprotnikov pred sodiščem. Uvaja način zdravljenja, ki je v nasprotju s spoznanji stroke ("nadzorovana" ambulantna obravnava kot alternativa hospitalizaciji brez privolitve). Ob posameznih nujnih ukrepih, za katere pacient ni dal privolitve, zahteva takojšnje obveščanje različnih oseb – tudi svojcev, pa čeprav sredi noči. Med take šteje tudi diskreten nadzor s strani osebja, ki je nujen in običajen način dela na oddelkih, kamor so sprejeti pacienti, kateri v hospitalizacijo ne privolijo. Zaradi zapletenosti predlaganih postopkov se posredno zvišuje prag za neprostovoljno hospitalizacijo in s tem zmanjšujejo možnosti zdravljenja. Zakon sledi načelu, naj bodo vrata, ki vodijo v institucije, čimbolj zaprta oziroma zavarovana s kontrolnimi mehanizmi, vrata, ki vodijo iz njih, pa čimbolj odprta, hkrati pa postavlja kot cilj zmanjšati število zadržanj v psihiatrični bolnišnici brez privolitve osebe. Kaže torej, da se pisci zakona niso mogli ali niso želeli učiti na napakah drugih. Poleg tega niso bili pripravljeni prisluhniti pripombam stroke, vsaj ne tistega njenega dela, ki se z zdravljenjem pacientov z najtežjimi duševnimi boleznimi dejansko ukvarja (31).

4.1 Zakonodaja Republike Slovenije, ki ureja področje sprejema brez privolitve

Hospitalizacija proti volji pacienta pomeni omejitev njegove pravice do osebne svobode in pravice do prostovoljnega zdravljenja, ki sta zagotovljeni z Ustavo Republike Slovenije. Zato je nujno tako hospitalizacijo urediti z ustreznimi predpisi. V Sloveniji sta to področje pokrivala Zakon o nepravdnem postopku (ZND) v členih 70.–81. in Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZD) v členu 49 (30).

V državnem zboru pa je bil dne 15. 7. 2008 sprejet Zakon o duševnem zdravju, ki ureja hospitalizacijo proti volji pacienta (3).

4.1.1 Zakon o duševnem zdravju

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008) je v veljavo

stopil 12. 8. 2008, v celoti pa se ga je začelo uporabljati z 12. 8. 2009. S pričetkom uporabe navedenega zakona so prenehale veljati določbe od 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku in določba 49. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Postopki sprejema osebe na zdravljenje oziroma obravnavo

Postopek sprejema osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom.

(ZDZdr, 34. člen)

Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom se izvaja s privolitvijo osebe ali brez njene privolitve pod pogoji, ki jih določa ta zakon.

Sprejem na zdravljenje brez privolitve:

(ZDZdr, 39. člen)

(1) Zdravljenje osebe na oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).

(2) Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

- a) na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom ali
- b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona.
- c) Sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča.

(ZDZdr, 40. člen)

(1) Postopek za sprejem osebe na oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča se začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva.

(2) Predlog iz prejšnjega odstavka lahko za mladoletnika in polnoletno osebo, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, da tudi zakoniti zastopnik.

b) Sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih

(ZDZdr, 53. člen)

Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona, kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve iz

40. do 52. člena tega zakona.
(ZDZdr, 54. člen)

(1) Sprejem iz prejšnjega člena se opravi na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika, psihiatra ali drugega zdravnika, ki je pregledal osebo, če ugotovi, da so podani razlogi iz prejšnjega člena. Napotnici, ki ne sme biti starejša od treh dni, se priloži poročilo o zdravstvenem stanju osebe, v katerem so posebej navedene okoliščine, iz katerih izhaja, da je sprejem nujen.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se osebo lahko sprejme v oddelek pod posebnim nadzorom tudi brez napotnice, če gre za primer iz 57. člena tega zakona (3).

4.1.2 Sodelovanje s službami za notranje zadeve (policija)

Policisti imajo z zakonom določeno, da med ostalimi nalogami tudi pomagajo državnim organom ter organizacijam, skupnostim in posameznikom z javnim pooblastilom, če pri opravljanju nalog, ki spadajo v njihovo pristojnost (ne policistovo pristojnost), naletijo na fizično upiranje ali ga utemeljeno pričakujejo. Takšna pomoč se imenuje asistenca (3).

Asistenca policije zaradi možnosti uporabe prisilnih sredstev in pomoč zdravstvenim delavcem je opredeljena v naslednjih členih Zakona o duševnem zdravju (3).

(ZDZdr, 55. člen)

(1) Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, po potrebi odredi prevoz z reševalnim vozilom. Zdravnik lahko osebo, ki jo je napotil v psihiatrično bolnišnico in za katero je odredil prevoz z reševalnim vozilom, zadrži proti njeni volji do prihoda reševalnega vozila.

(2) Zdravnik, ki osebo napoti v psihiatrično bolnišnico, lahko pri izvedbi zadržanja in odreditvi prevoza z reševalnim vozilom skladno s predpisom iz drugega odstavka 56. člena tega zakona zahteva pomoč policije.

(3) Pri prevozu osebe z reševalnim vozilom je prisoten zdravnik, ki je osebo napotil v psihiatrično bolnišnico, ali drug zdravstveni delavec, ki ga pisno določi navedeni zdravnik.

(ZDZdr, 56. člen)

(1) Kadar ta zakon določa, da lahko zdravnik ali direktor psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda zahteva pomoč policije, je policija dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem in službo nujne medicinske pomoči ter jim nuditi potrebno pomoč, dokler ogrožanja, ki jo oseba povzroča, ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi.

(2) Način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo določi minister v soglasju z ministrom, pristojnim za notranje zadeve.

(ZDZdr, 57. člen)

(1) Če policija ob posredovanju na javnem mestu, v zasebnih prostorih ali pri izsleditvi tujega državljana, za katerim je razpisana tiralica ali iskanje, domneva, da so pri osebi podani razlogi iz 53. člena tega zakona, o tem nemudoma obvesti službo nujne medicinske pomoči.

(2) Zdravnik, član enote službe nujne medicinske pomoči, osebo na kraju takoj pregleda, in če ugotovi, da so podani razlogi iz 53. člena tega zakona, odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom v najbližjo psihiatrično bolnišnico (3).

5 NASILNO VEDENJE PRI PACIENTIH Z DUŠEVNO MOTNJO

Prevladujoče mnenje v družbi je, da so vsi pacienti z duševnimi motnjami nevarni zaradi svoje možne ali dejanske nasilnosti. Nekateri pa nasilnost celo enačijo z duševno boleznijo. Z nasilnim vedenjem različnih načinov in oblik se nujno srečujemo tudi v okviru psihiatrične dejavnosti, saj psihiatrične bolezni odsevajo splošne razmere v družbi. Ponovno lahko ugotovimo, da ni psihiatrije, ki se ne bi srečevala tudi z nasiljem. Toda nasilju je treba dati v stroki primerno mesto. Nekdanji stereotip o duševnem pacientu, da je nepredvidljiv, nasilen in torej nevaren, je treba razbiti že na samem začetku razpravljanja o nasilnosti. Poznamo namreč dve skupini pacientov, pri katerih se pojavlja nasilje: izjemno v (pogojno rečeno) psihotični skupini in specifično v skupini osebnostno motenih oseb. Ni torej enega samega načina nasilnosti, s katerim bi se srečevali vedno in povsod. Pri razlagi se bomo oprli na epidemiološke in izkustvene podatke. Obsežne kategorije psihiatričnih pacientov, kot so osebe z demenco, nevrozo, psihosomatsko boleznijo ali nekatere osebnostno motene osebe, sploh nimajo nikakršne veze z nasilnostjo, torej so nenasilne in nenevarne (32).

Dejavniki tveganja za pojav nasilnega vedenja (32) :

- **populacija pacientov:** na prenapolnjenih oddelkih, kjer je večje število pacientov z nepredvidljivim vedenjem, so medsebojne napetosti pogoste;
- **razmerje med številom osebja in številom pacientov:** pacient, ki ni deležen zadostne pozornosti, ima več razlogov za frustracije;
- **pomanjkanje komunikacije:** pacienti menijo, da jih osebje premalo obvešča in z njimi komunicira;
- **neustrezni odnosi:** nepriljudnost nestrpnost osebja in
- **neustrezna organizacija oddelka:** pacientu ni jasen hišni red, osebje pa je negotovo zaradi nejasnih pooblastil.

Laiki pričakujejo od delavcev v psihiatriji, da bomo znali spoznavati agresivnost rizičnih pacientov, vendar izkušnja uči, da tega ne zmoremo v taki meri, da bi lahko izvajali specifične preventivne ukrepe. Gotovo pa drži, da nam dobro poznavanje pacientovega preteklega življenja in zdravljenja v veliki meri pomaga v predvidevanju izbruha nasilja (32).

Pacient z duševno motnjo postane nasilen v primeru, ko zunanji ali notranji dražljaji vzburi določene strukture osrednjega živčevja, ki so že prizadeti zaradi bolezenskega procesa. Maničen človek je lahko prepričan, da ga preganjajo, in ima halucinacije, ko vidi ali sliši stvari, ki jih ni. Potreba po spanju se zmanjša. Maničen človek se neutrudno, pretirano in impulzivno spušča v aktivnosti, kakršne so tvegani posli, kockanje ali tvegano spolno vedenje, in pri tem sploh ne prepozna družbene nevarnosti svojega početja (32).

V povprečju pet do osem odstotkov ljudi po svetu prekomerno pije, le deset odstotkov pa je tudi nasilnih. Odvisnost od alkohola je zelo razširjena. Skoraj osem odstotkov odraslih v ZDA ima težave s pitjem alkohola. Moški postanejo odvisni štirikrat pogosteje kot ženske. Odvisnost od alkohola prizadene ljudi vseh starosti. Pacient, ki je odvisen, zaradi dolgotrajnega uživanja alkoholnih pijač spremeni značaj, pojavijo se osebnostne spremembe v obliki egoizma, nepoštenosti, neodgovornosti in pomanjkanja skrbi za druge (18, 33).

Alkoholna zasvojenost lahko spodbudi hujše fizično nasilje. Razlogi so ponavadi v človeku samem, njegovih občutkih manjvrednosti zaradi neuspeha v življenju. Če problema nasilja ne rešujemo ločeno, se bo alkoholik po ozdravitvi še vedno nasilno vedel (18, 33).

Osebe z disocialno osebnostno motnjo so večinoma moški, ki so povsem neobčutljivi za pravice in čustva drugih ljudi. Druge izrabljajo zaradi materialnih koristi ali za osebno zadovoljstvo. Zelo so nagnjeni k impulzivnim reakcijam, saj se njihovo razpoloženje zelo hitro spreminja. Ljudje z disocialno osebnostno motnjo slabo obvladajo svoja čustva in nagone, niso sposobni empatije, so egocentrični, ne občutijo nobene krivde, zelo težko prenašajo neuspehe in imajo nizek prag za sprostitve agresivnosti. Svojo potrebo hočejo takoj zadovoljiti in zato ne upoštevajo družbenih norm. K nasilju se zatečejo, ker svoje duševne napetosti ne morejo drugače sprostiti. Ker pa se ne znajo učiti iz izkušenj, jih tudi kazni ne spremenijo. Pri impulzivnem tipu čustveno neuravnovešene osebnostne motnje ljudje že zaradi majhnih življenjskih zaprek ne obvladajo več svojih čustev in vedenja, kar se kaže v hudih izbruhih jeze in nasilja (10).

Pri depresiji se nasilnost, ki je najpogostejše usmerjena proti sebi, lahko razširi še na bližnje okolje kot razširjen samomor.

V tujini že dolgo velja »ničelna toleranca« do nasilja: »Nasilno vedenje je v dejavnosti, ki se ukvarja z duševnim zdravjem, vselej možno, žal neizogibno, vendar se z njim nikakor ne smemo sprijazniti, ali ga celo dopuščati.«

Razlog »ničelne tolerance«: dopuščanje oziroma »nagrajevanje« nasilja povečuje nasilje, nasilno vedenje pa povečuje stigmo.

Razlaga, da so osebe z duševno motnjo vedno nasilne in da se moramo s tem pač sprijazniti, je zelo stigmatizirajoča in škodi tem osebam in zaposlenim v teh ustanovah.

Za ničelno toleranco si sedaj prizadevamo tudi pri nas (34).

Nasilju v zdravstvenih organizacijah so najbolj izpostavljene medicinske sestre in zdravstveni tehniki, predvsem v psihiatriji in urgentnih ambulantah. Najbolj so izpostavljeni novozaposleni in tisti, ki ponoči delajo sami oziroma nimajo možnosti poklicati na pomoč. Bolj izpostavljeni so tudi tisti zdravstveni delavci, ki so do pacientov provokativni, grobi, nesramni, nastopaški in pogosto naveličani ter preutrujeni. Nasilje na delovnem mestu, torej tudi v zdravstvenih ustanovah predstavlja velik dogodek, v katerem so zaposleni ozmerjani, ogroženi ali fizično napadeni v situacijah, povezanih s svojim delom, vključno z neposrednim in posrednim ogrožanjem njihove varnosti in zdravja (35).

5.1 Ocena tveganja za nasilno vedenje

Nasilje, s katerim se srečujemo v psihiatriji, je do določene stopnje odsev nasilja v družbi. Psihiatrija se le z majhnim delom svoje dejavnosti dotika širšega pojava nasilnosti. S svojimi spoznanji lahko pomaga pri razumevanju nekaterih razlogov zanjo. Splošni preventivni pomen psihiatrije na tem področju je v njeni razvejanosti in dostopnosti. Bolj ko ljudje zaupajo stroki in manj kot je bojazni in odporov do nje, več je možnih preventivnih posegov v življenje prebivalstva (17, 29).

Nasilno vedenje pacientov z akutno psihozo je vendarle redko. Toda v življenju se ne bo mogoče izogniti posamezniku, morda zelo dramatičnemu dogodku. V življenju psihotičnih pacientov je tudi v pogledu nasilnosti marsikaj možno. Žrtve nasilja so predvsem v pacienti družini ali ljudje iz njegove okolice, so pacienti ali osebje psihiatričnih bolnišnic.

Včasih je mogoče, da bo ravnanje nasilnega psihiatričnega pacienta tako ogrožajoče, da mu zdravstveni delavci s prizadevnim pacientom vred ne bodo kos. Preprečevanje in obvladovanje nasilja v varovanih enotah in v celotni psihiatrični bolnišnici je vgrajeno v organizacijo teh enot (17, 29).

Za veliko duševnih bolezni je značilno, da vzroka njihovega nastanka ne poznamo, saj je začetek bolezni ponavadi počasen ali neznačilen. Prav zaradi tega je bolezen na začetku zelo težko prepoznati. Zdravljenje večinoma poteka na podlagi simptomatike in ne na osnovi odpravljanja vzrokov. Zato je razumljivo, da je preprečevanje takih bolezni zelo zapleteno, največkrat celo nemogoče (12).

V zmanjševanju rizika za nasilne dogodke in pogostnosti nasilnih dejanj ni popolnoma učinkovit noben pristop. Angleška vlada, parlament in NHS (National Health Service) so leta 1999 pričeli s »Kampanjo nične tolerance« s sporočilom, da zaposleni v zdravstvenem sistemu ne bodo več prenašali agresije nasilja in grozečega vedenja. Kampanja nične tolerance se je v številnih aspektih izkazala za nerealistično in neizvedljivo, zato so leta 2004 vpeljali novo strategijo, ki so jo poimenovali »Upreti se nasilju proti vsem zaposlenim v zdravstvu« (12).

Preprečevanje nasilja pri psihiatričnem pacientu je najbolj pomembno. Pacienta moramo spoštovati, ga pravilno dojemati in dopuščati, da je drugačen. Pomembne so skupinske oblike dela in terapevtske skupnosti (12).

Antipsihotična terapija je pri nasilnem vedenju pacienta preventivna in kurativna hkrati. Navzočnost zadostnega števila osebja večkrat omeji začetno nasilnost. Večkrat je potrebno vznemirjenega pacienta namestiti v poseben urejen in izoliran prostor, kjer se izvaja nadzor nad njegovim vedenjem (36).

Ukrepi za preprečevanje nasilnega vedenja in njegovih posledic velikokrat izhajajo iz razlogov nasilnega vedenja (36).

6 POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Zakon o duševnem zdravju posebne varnostne ukrepe opredeljuje v naslednjem členu (Zakon o duševnem zdravju, UL RS 77/2008) :

(ZDZdr, 29. člen)

(1) Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

(2) Posebni varovalni ukrepi se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih.

(3) Posebna varovalna ukrepa sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora.

(4) Posebni varovalni ukrep se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa.

(5) Osebo, pri kateri je bil uporabljen poseben varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa. O izvajanju posebnega varovalnega ukrepa se v zdravstveno dokumentacijo osebe vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju posebnih varovalnih ukrepov psihiatrične bolnišnice in socialno varstveni zavodi vodijo evidenco v skladu z drugim odstavkom 99. člena tega zakona.

(6) O odreditvi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa zdravnik, ki tak ukrep odredi, najkasneje v 12 urah od odreditve ukrepa pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Glede mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, se obvesti tudi zakonitega zastopnika.

(7) Če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko posebni varovalni ukrep uvede tudi drug zdravstveni delavec oziroma zdravstvena delavka (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavec) v psihiatrični bolnišnici oziroma strokovni delavec oziroma strokovna delavka (v nadaljnjem besedilu: strokovni delavec) v socialno varstvenemu zavodu, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti. Zdravstveni oziroma strokovni delavec o obvestilu zdravnika napravi pisni zaznamek.

(8) Oseba, odvetnik, zakoniti zastopnik, najbližja oseba in zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti (3).

6.1 Uporaba posebnih varovalnih ukrepov

Zaradi zagotovitve kakovostne in enotne obravnave v nekaterih nujnih stanjih pri osebah z duševnimi motnjami so bile izdelane smernice o namenu, vrstah in izvajanju posebnih varovalnih ukrepov (PVU). Omogočale naj bi pregled ukrepov, postavile kriterije, kdaj jih smemo uporabljati, ter način njihovega izvajanja in dokumentiranja. Potrebne pa so tudi zaradi zaščite in spoštovanja pacientovih pravic (37, 38).

RAZLOGI ZA UVEDBO POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV (37, 38):

- Ukrepi, namenjeni omogočanju obravnave pacienta.
(fiksacija roke med aplikacijo infuzije, premedikacija pred medicinskimi posegi ali preiskavami, npr. računalniška tomografija glave)
- Ukrepi, potrebni za odpravo oz. obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja
(samopoškodbeno vedenje, samomorilnost, heteroagresivnost).

VRSTE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV (37, 38):

Vrsto posebnih varovalnih ukrepov odredi zdravnik in jih napiše na temperaturni list, izvedeta pa jih medicinska sestra in zdravstveni tehnik po točno določenih pravilih in standardih. Ob predpisanem stalnem nadzoru pa se izpolni še dodaten dokument (Priloga).

Medikamentozni posebni varnostni ukrepi (37, 38):

- hitra nevroleptizacija (Pomeni, da pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih odmerkih prejme nevroleptik peroralno ali intramuskularno. Kadar pacientovo stanje omogoča, ima prednost peroralna uporaba zdravil;
- sedacija z benzodiazepini;
- sedacija z benzodiazepini in hitro nevroleptizacijo.

Fizični posebni varnostni ukrepi (37, 38):

Diskretni nadzor pomeni povečana pozornost osebja, kjer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Časovni interval opazovanja je na 15 minut ali po navodilu zdravnika.

Uporabimo ga pri:

- novo sprejetih pacientih na varovane oddelke,
- nejasnih samomorilnih grožnjah,
- nevarnosti padca,
- preddelirantnem stanju,
- potencialni verjetnosti heteroagresivnega vedenja ...

OGRAJICA NA POSTELJI

Uporabljamo jo pri ležečih pacientih, starostnikih, telesno oslabeledih pacientih. Glavni namen je preprečitev padcev s postelje. Posebno pozorni moramo biti pri nemirnih pacientih (37, 38).

STALNI NADZOR pomeni nepretrgano varovanje pacienta! Izvajamo ga lahko samo na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih.

Uporabljamo ga pri (37, 38):

- pacientih z jasno izraženo samomorilnostjo,
- pacientih z delirantno skaljeno zavestjo,
- veliki nevarnosti samopoškodbe,
- nestabilnih vitalnih funkcijah,

- fiksaciji s pasovi na postelji.

6.1.1 Stalni nadzor v gibanju

Stalni nadzor v gibanju je na varovani sprejemni enoti največkrat odrejen pri pacientih z jasno izraženo samomorilnostjo, saj prejšnji poskusi samomora opozarjajo na večjo ogroženost pacienta. Pacienta je potrebno vprašati o samomorilnih razmišljanjih. Nekateri mislijo, da bodo s vprašanjem človeku vsadili idejo o samomoru, kar pa ni res. Pacientu je večinoma v olajšanje, če lahko spregovori o svojih samomorilnih mislih in načrtih (39).

Ob odrejenem stalnem nadzoru, ki ga zdravnik napiše na temperaturni list je potrebno, da pacienta ves čas spremlja osebje. V ta namen je izstavljen list stalnega opazovanja, kjer je točno časovno opredeljeno, kdo izmed članov negovalnega osebja spremlja pacienta. Opazovanje razpiše timska medicinska sestra, odgovornost za pacienta pa v celoti prevzame oseba, ki je v nadzoru. Ta ob zaključku opazovanja vpiše vedenje pacienta in se podpiše. Običajno se menjava osebja vrši na eno do dve uri. S pacientom poskušamo vzpostaviti pristen odnos in mu kljub stalni prisotnosti zagotoviti dolžno spoštovanje. Običajno se pojavi vprašanje Kaj pa, ko gre pacient na stranišče ali v kopalnico? Ob tem seveda pacientu zagotovimo dostojanstvo in nismo neposredno prisotni, počakamo pa ga pred kopalnico in večkrat vprašamo, če je v redu ter ga s tem opomnimo, da smo ob njem. Če zaradi kakršnih koli znakov, npr. nepredvidljiv ropot ali daljša tišina, sumimo, da bi bilo s pacientom lahko kaj narobe, ga pokličemo. Če se na klic ne odzove, imamo pravico in dolžnost nemudoma vstopiti (37, 40).

6.1.2 Oviranje pacienta s pasovi na postelji

Pacienta je občasno potrebno še dodatno zaščititi, da ne poškoduje sebe ali drugih. V te namene so poleg zdravil v uporabi tudi ovirnice. Pri nas so v uporabi pasovi (Segufix), s katerimi je pacient oviran na posteljo, dokler zdravila ne začnejo delovati. Pred časom so za oviranje uporabljali zamrežene postelje, še prej tudi prisilne jopiče, kar je danes prepovedano. Potrebno se je zavedati, da nobena ovirnica ni dobra, saj je to za pacienta huda izkušnja, ki poškoduje njegovo samospoštovanje (41).

Oviranje pacienta se opravi ob prisotnosti zdravnika, ki ukrep tudi pacientu predhodno napove in ga napiše na temperaturni list. Izjema so primeri, ko je potrebno pacienta iz varnostnih razlogov ovirati takoj in tega nismo mogli predvideti. Takrat v najkrajšem možnem času o tem obvestimo zdravnika, ki ukrep tudi vpiše na temperaturni list. Ta ukrep se uporablja pri avtoagresivnih, heteroagresivnih in zelo agitiranih pacientih (41).

Ob dogodku, ki je neprijeten tako za pacienta kot za osebje, ne smemo pozabiti na varnost ostalih pacientov. Če je mogoče, postopek načrtujemo. Nekdo izmed osebja naj bo zadolžen, da zaposli ali odpelje ostale paciente v dnevni prostor ali prostor za delovno terapijo. S pacientom, ki bo oviran, se ves čas pogovarjamo in pri tem ne pozabimo na vljudnost, naš glas naj bo tišji in umirjen. Običajno je mogoče pacienta s prigovarjanjem pripeljati do sobe za oviranje, prigovarjamo mu, naj sodeluje, če to ni mogoče, je potreben telesni kontakt. Izvajanje ukrepa zahteva večje število primerno usposobljenih oseb, in sicer 5, ki morajo imeti razdeljene vloge: ena od oseb vodi postopek in nadzoruje pacientovo glavo, po ena oseba nadzoruje vsako okončino. Pacienta, ki ga oviramo, nikoli ne puščamo samega. V primeru, da bi oseba, ki varuje pacienta, morala zapustiti mesto varovanja, je dolžna pred tem zagotoviti zamenjavo. Ves postopek mora biti ustrezno dokumentiran. Na vsaki dve uri pacienta pogleda timska medicinska sestra in s podpisom jamči za opis stanja pacienta, na

vsake štiri ure pa mora pacienta videti zdravnik (41).

INDIKACIJE ZA FIZIČNO OVIRANJE (38, 41):

- preprečitev neposredne nevarnosti poškodb za pacienta in osebje;
- preprečitev resne škode na inventarju;
- zmanjšanje stimulacije iz okolja, ki pacientu škoduje (maničen pacient);
- na zahtevo pacienta (kadar ne zmore kontrolirati svojega vedenja);
- preprečitev resne motnje v terapevtskem programu (nemiren pacient, ki s svojim vedenjem zelo ovira običajne aktivnosti na oddelku).

KONTRAINDIKACIJE (38, 41):

- kot nadomestilo za medikamentozno zdravljenje;
- kot obliko sankcioniranja;
- kot odgovor na neprijetno pacientovo vedenje, ki ni nevarno;
- kadar fizičnega oviranja ne moremo izvesti, ne da bi bistveno ogrozili varnost pacienta in osebja.

Dodatna previdnost je potrebna pri otrocih, starejših in telesno hudo bolnih pacientih.

Zagotavljanje varnosti je ena temeljnih odgovornosti vsake medicinske sestre oziroma zdravstvenega tehnika. Zdravnik se na podlagi ocene pacientovega stanja lahko odloči za uporabo posebnih varovalnih ukrepov, katerih namen je preventivno delovanje pred hetero ali avtoagresivnim vedenjem pacienta samega in/ali zaščito drugih pred tem, da bi jih pacient poškodoval (38, 41).

Skrb za pacienta, ki ima odrejen poseben varovalni ukrep, zahteva od izvajalcev zdravstvene nege ustrezno strokovno znanje, osebno zrelost in avtonomnost ter profesionalen odnos, katerega temelj je empatija (41).

Slika 1: Pasovi za oviranje pacienta



Slika 2: Patentni gumb, ločen s pomočjo magneta



Na posteljo pritrdimo trebušni pas in dodatni pas za oviranje nog. Pazimo, da stranska pasova, namenjena oviranju pasu, dobro pritrdimo na ogrodje postelje in spnemo z magnetnima gumboma. Pri trebušnem pasu pazimo, da je znak Segufix zgoraj in obrnjen proti nogam (41).

Preglednica 1: Obseg trebušnih pasov po velikosti

Velikost	Namembnost	Obseg trebušnega pasu
1	Za otroke	45–75 cm
2	Za odrasle	70–110 cm
3	Za močnejše odrasle	105–145 cm

Trebušni pas (slika št. 3) ovijemo okoli pacientovega trebuha in ga spojimo z enim gumbom. Pasu ne zategnemo preveč, da omogočimo normalno dihanje. Med pasom in trebuhom naj bo za plosko dlan prostora. Obvezno pritrdimo **bočna stranska pasova** (slika št. 4). Za varnost pacienta so izrednega pomena, saj omogočijo pritrditev pacienta in preprečijo, da bi se pacient obračal z boka na bok (41).

Del stranskega pasu, ki je prost, povlečemo skozi kovinsko zaponko v trebušnem pasu in nato skozi kovinsko zaponko na njem samem in tako dobimo zanko, ki jo zategnemo. Stranski pas nato pripnemo na gumb, s katerim je trebušni pas pritrjen ob posteljo (41).

Naramnice – ramenski pasovi (sliki št. 5 in 6) preprečijo, da bi pacient »pobegnil« navzdol. Proti pacientovi glavi gledajo zanke, nameščene na sredino trebušnega pasu, skozi katere potegnemo ravni del naramnic (osnovnico trikotnika). Ravni del vtaknemo v zanke na zgornjem delu trebušnega pasu. Zgornja kraka naramnice tako povlečemo preko hrbta na ramena in združimo v en gumb, s katerim sta združena tudi oba kraka trebušnega pasu. Levo in desno vzporedno s trebušnim pasom nam ostane še en ozek pas, ki ga uvlečemo skozi zanko na desni naramnici v obliki črke »H« in z drugim pasom spojimo na primerni višini leve naramnice z enim gumbom. Sistem nam omogoča hiter konec oviranja v nujnih primerih (reanimacija). Z dvema daljšima ramenskima pasovoma pacienta oviramo na posteljo (41).

Ročni manšeti (slika št. 7) sta krajši in ju namestimo na zapestji tako, da vodimo krak skozi kovinsko zaponko in vrnemo v isto smer. Skozi pritrdilno luknjico na manšetnem kraku potisnemo iglo gumba, vstavljenega v manšeto, in pokrijemo z magnetnim čepkom. Prosti krak manšete povlečemo z notranje strani (od telesa navzven) skozi zanko na trebušnem pasu, ga vrnemo nazaj in pritrdimo z gumbom, ki smo ga prej fiksirali. Če želimo omogočiti gibanje rok, pritrdimo krak manšete na stranski rob trebušnega pasu (41).

Nožni manšeti (slika št. 8) sta daljši od ročnih in ju namestimo na nogo tik nad gležnjem, ne zategujemo preveč, pazimo, da pacient noge ne more izvleči. Manšeto nato pritrdimo na osnovni nožni pas z notranje strani, ki mora biti pritrjen na posteljo. Manšeti za noge namestimo po istem postopku kakor manšeti za roke (41).

Slika 3: Trebušni pas



Slika 4: Pritrditev stranskega pasu na gumb, s katerim je trebušni pas pritrjen na posteljo



Slika 5: Naramnice – ramenski pasovi



Slika 6: V celoti izvedeno oviranje trebušnega pasu z ramenskimi in stranskimi pasovi



Slika 7: Ročna manšeta



Slika 8: Nožni manšeti



Slika 9: Fizično oviranje pacienta v celoti



Pasovi za oviranje pacienta so izdelani iz močne, bele bombažne tkanine. Iz higienskega vidika je zelo pomembno, da so pasovi pralni, saj pri oviranju pacienta pogosto prihajajo v stik z njegovimi telesnimi izločki. Po končani izolaciji ločimo pasove in patentne gumbe. Pasovi se operejo. Čiste in ločene po velikost pripravimo za kasnejšo uporabo. Patentne gumbe po uporabi razkužimo in shranimo za nadaljnjo uporabo (41).

6.2 Vloga zdravstveno negovalnega osebja pri posebnih varovalnih ukrepih

Pacient, ki je telesno oviran, potrebuje stalni nadzor. To pomeni nepretrgano varovanje pacienta s strani vsaj enega člana negovalnega osebja. Uporabi se pri istih skupinah pacientov kot diskretni nadzor, vendar je pri njih zelo velika verjetnost zapleta (jasna izražena samomorilnost, skaljena zavest zaradi odvisnosti od alkohola, visoka stopnja nevarnosti samopoškodbe, oviranje s pasovi na posteljni, nestabilne vitalne funkcije). Zaradi narave ukrepa ga je mogoče izvajati le na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih (37).

Vodja negovalne enote določi osebo, ki bo nadzor izvajala. Vselej kadar pacienta oviramo, ga je potrebno nepretrgoma varovati in to dokumentirati na poseben list nepretrganega varovanja

pacienta. Nadzor se začne v tistem trenutku, ko pacienta oviramo, in se konča, ko se pacient lahko ponovno prosto giba. Oseba iz negovalnega tima (zdravstveni tehnik, medicinska sestra) opazuje pacientovo počutje, se z njim pogovarja in skrbi za aktivnosti zdravstvene nege. Le-te se izvajajo v meri možnega, jasno s prioriteto oziroma na osnovi aktualnih negovalnih problemov. Vsak zdravstveni delavec je dolžan na list opazovanja vpisati svoja opazanja o pacientu, za katerega je bil razpisan stalni nadzor. Čas, ko je pacient izoliran in je ob njem oseba, ki je takrat namenjena le njemu, je zelo dragocen. Pacient nam lahko takrat, ko imamo čas zanj, bolj sproščeno zaupa svoje stiske, občutke, doživetja in tako vzpostavimo intimnejši kontakt (40).

Posebno pozornost namenimo barvi okončine na oviranih okončinah. Če zasledimo zaplete, seveda ustrezno ukrepamo s sprostitvijo pasov, a pri tem pazimo, da pacient ne izvleče noge ali roke. Pazimo, da pacient prejme zadostno količino tekočine in skrbno beležimo odvajanje. Zlasti pomembno je merjenje in beleženje vitalnih funkcij, posebno pri odvisnikih od alkohola, ki so poleg vsega tudi somatsko ogroženi. Izredno pozornost namenjamo tudi preprečevanju preležanin. Dalj časa je pacient oviran, večja je možnost nastanka le-teh; predvsem so ogroženi starejši pacienti. Pri daljšem oviranju moramo pacienta prepeti in obračati na dve uri, seveda je to odvisno tudi od psihofizičnega stanja pacienta in stanja kože, tako da ta poseg izvajamo po dogovoru. V času, ko je posameznik razpisan za varovanje oviranega pacienta, zanj v celoti odgovarja sam. V primeru, da bi oseba, ki varuje pacienta, morala zapustiti mesto, je dolžna pred tem zagotoviti zamenjavo. Pacienta nikoli ne pustimo samega niti za trenutek, saj ja prav to lahko usodno (32).

Prenehanje oviranja odredi zdravnik. Pregledamo kožo na mestih oviranja, se s pacientom pogovarjamo in dokumentiramo čas konca oviranja. Dokumentacija mora biti natančna, skrbno vodena in iz nje morajo biti razvidni razlogi, namen in nadzor izvajanja! Posebej skrbno je potrebno beležiti morebitne zaplete. Pri pacientu se nato izvaja diskretni nadzor. To pomeni povečano pozornost negovalnega osebja, ki pacienta spremlja pri njegovih dejavnostih na oddelku, opazuje pacientove reakcije in skuša preprečiti oziroma razrešiti situacije, ki bi lahko bile za pacienta provokativne. Pomembno je, da ima pacient še vedno ohranjeno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. To lahko uporabimo pri nekaterih na novo sprejetih pacientih na varovanih ali intenzivnih oddelkih, kadar ocenimo, da je nadzor potreben zaradi čimprejšnjega ukrepanja ob zapletu ali poslabšanju (npr. neurejena epilepsija, nevarnost padca) (32).

Informacije svojcem v zvezi s stanjem pacienta med varovanjem daje izključno zdravnik. Prav tako, čeprav izjemoma, so možni tudi obiski svojcev, seveda ob predhodnem dogovoru in odobritvi zdravnika (32).

Kazalci kakovosti so (37):

- pravilno izveden posebni varovalni ukrep: telesna omejitev pacienta s Segufix® pasovi,
- varen, nepoškodovan pacient,
- nepoškodovane druge osebe in inventar,
- zadovoljene osnovne življenjske potrebe pacienta in v čim manjši možni meri prizadeta njegova integriteta,
- pravilno izpolnjena predpisana dokumentacija.

6.3 Zagotavljanje varnosti pacientov in zdravstveno negovalnega osebja

Ljudje s shizofrenijo ali drugimi oblikami psihoz so redko nasilni, vendar pa njihovo vedenje lahko postane nasilno, če so pod vplivom blodenj ali halucinacij. Pogosto so nasilni tisti, ki ne

jemljejo zdravil in/ali so odvisni od alkohola ali drog. Študije kažejo, da pride do nasilja v več kot 10 odstotkih družin, ki živijo s shizofrenijo. Verjetnost, da bodo poškodovali koga v svoji bližini, je veliko pogostejša kot pri drugih ljudeh. Razlog za nasilje seveda ni v osebnostnih značilnostih, temveč v trpljenju, ki postane za pacienta neznosno (39).

Ena izmed pasti, ki čaka medicinske sestre in zdravstvene tehnike v psihiatriji, je tudi zdravstvena nega nasilnega pacienta. Zdravstveno osebje ima na voljo veliko metod in načinov komuniciranja z pacienti, pri katerih je zaradi narave bolezni velika verjetnost agresivnega vedenja. Izkušnje nam kažejo, da z uporabo teh metod, postopkov, načina vedenja in profesionalnega odnosa agresivno vedenje velikokrat omilimo in umirimo (42).

6.3.1 Smernice za preprečevanje nasilnega vedenja

Zdravstveno osebje mora intervenirati takoj, ko pacient potrebuje nadzor. To lahko pomeni zgolj oddaljitev pacienta od vsega, kar kaže, da ga vznemirja. Če intervencija ni takojšnja, se bo pacientovo vedenje nadaljevalo do stanja prevlade čustev in bo izgubil kontrolo. Pacientu se približajte na ne ogrožujoč način, dovolite mu svoj fizični prostor (34).

Bodite odločni, vendar razumevajoči, ne kažite strahu. Strah je skrajno pomemben dejavnik, kajti pacienta s čustveno zmedenostjo izziva, da bi se zaščitil. Če je zdravstveno osebje prestrašeno, se pacient počuti nesigurnega in bo postal še bolj napadalen, ko bo videl, da se nanj ne more zanesti. Ko se približa pacientu, mora biti zdravstveni tehnik umirjen, a odločen, poskuša naj ga pomiriti s pogovorom. »Kaže, da vas je res nekaj razburilo« ali »Sediva, se bova pogovorila, kaj vas vznemirja. Bi kozarec soka?« Na ta način terapevt ponudi alternativo njegovemu napadalnemu vedenju (34).

Vzdržite se dokazovanja. To samo povzroči povečanje agresivnega vedenja in še bolj zapleta situacijo. Ko enkrat prevladajo čustva, ni možen noben razumski pristop (34).

Skušajte odkriti vzrok pacientove vznemirjenosti. Preden jo pripišete njegovim popačenim izkušnjam, preverite, ali za svojo napadalnost nima kakega tehtnega vzroka. Nekaj takih vzrokov: propadla možnost, da sprejme obisk bližnjih sorodnikov, strah pred drugim pacientom, nedosledno ravnanje z njim, moteče tehnikovo vedenje ali pa reakcija na psihotropna zdravila. Pomagajte pacientu imenovati svoje občutke, pogovarjajte se z njim o njegovih problemih. Omogočite mu okolje in priložnost, da bo lahko pripovedoval o tem, kaj ga moti, in razložil druge okoliščine, ki bi lahko služile obvladovanju njegovih problemov (34).

Prestavite pacienta v okolje kjer se bo počutil varno. Okolje močno vpliva na vedenje. Premočna svetloba in preglasna glasba lahko pacienta razburita, pridušena svetloba in mirna glasba, umirjene barve pa lahko zelo sproščajo. Pacienta umirjajte. Z njim komunicirajte tako, da ne bo imel možnosti izgubiti kontrolo nad svojim vedenjem in da ga bo tudi zadržal. Če je priložnost, se lahko dotaknete vzroka njegove zmedenosti, na primer: »To pa mora biti hudo, da vaše družine ni k vam na obisk« ali »Najbrž vas moti in razburja, da še niste mogli domov prejšnji vikend« (34).

Poskrbite za ustrezno razvedrilo. Pacient s čustvenimi motnjami ima kratko dobo koncentracije, zato je razvedrilo lahko dobrodošla tehnika umirjanja. Primeri: igranje kart, spremljanje programa na televiziji, sprehodi s pogovori, ukvarjanje z umetnostjo ali pomoč

terapevtu pri kakšnem oprasku, pogovarjate se z njim o tistem, kar ga zanima (šport, avtomobili, knjige). Upamo, da se boste z upoštevanjem predlaganih napotkov lahko v večji meri izognili napadalnosti in da fizične intervencije ne bodo potrebne. V primerih, ko pa to ni mogoče, v nadaljevanju svetujemo sledeče (34).

6.3.2 Smernice za ravnanje s hetero agresivno osebo

Ko pacient postane napadalen in smo bili z uporabo deeskalacijskih tehnik neuspešni, sledijo fizične intervencije. Zdravstveno osebje naj najprej pomisli na to, da mora vsako fizično akcijo spremljati psihološka; podrobno naj v mislih ponovi učinkovit izhod svoje intervencije. Vsaka situacija je drugačna. Vendar pa se vedno spomnite nekaterih osnovnih točk, ko boste intervenirali pri fizično agresivnem pacientu (34):

- Ne skušajte postati heroj. Raje se skušajte napadu izogniti in dobiti pomoč, če je le mogoče. Pomaga naj osebje drugih oddelkov, s tem da ob napadu sprožimo alarm. V posebnih primerih in ob posvetu z zdravnikom lahko intervenira tudi policija.
- Ob načrtovani intervenciji je potrebno zagotoviti varnost in odstraniti eventuelne nevarne predmete (stole, predmete na mizi, očala).
- Ves čas intervencije ohranjajte spoštljiv odnos do pacienta in mu prigovarjajte.
- Obdržite pravo razdaljo do pacienta. Držite se sproščeno, s spuščenimi rokami. Če ste v sobi, ne stojte v kotu, iz katerega ne morete ven. Hkrati pa bi moral pacient imeti možnost, da se umakne iz prostora.
- Izognite se možnosti grabljenja za uniformo, lase, verižice, uro.
- Pazite, da vas pacient ne ugrizne. Človeški ugrizi so nevarni. Zaradi bakterij v ustih je potrebno vsako poškodovano kožo oskrbeti takoj in s tem preprečiti infekcijo.
- V primeru, da se napadu ni mogoče izogniti, naj tehnik postavi eno nogo naprej, druga noga naj bo zadaj; to je drža, ki omogoča trdno ravnotežje v primeru, da vas pacient porine. Pacienta po navodilih in ob prisotnosti zdravnika oviramo s Segufix pasovi. Potrebno je zadostno število oseb (5) ob intervenciji, saj s tem zmanjšamo možnost poškodb pacienta in osebja.

Spodbujajte pacienta, da razume, kontrolira in sprejme odgovornost za lastno vedenje. Dajte mu vedeti, da on sam odloča svojem vedenju in da je tako tudi odgovoren zanj. Spodbujajte pozitivno vedenje in izpostavljajte njegove sposobnosti, to povečuje njegovo samospoštovanje, vzpostavlja zaupanje in občutek varnosti. Vztrajno pozitivno spodbujanje lahko zmanjša pacientovo potrebo po napadalnosti (34).

6.4 Prepoznavanje in preprečevanje neželenih dogodkov

Ena od temeljnih načel kakovosti v zdravstvu je varnost pacientov, ki za psihiatrično zdravstveno nego dnevno predstavlja najpomembnejši element pri zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene nege. Eden pomembnejših kazalnikov zagotavljanja varnosti pacientov so neželeni dogodki, ki so pri delu s psihiatričnimi pacienti zelo specifični. Zelo pomembno vlogo pri prepoznavanju, obvladovanju in preprečevanju neželenih dogodkov imamo zaposleni v zdravstveni negi, ki smo ob in s pacientom 24 ur na dan (32).

Terminologija na področju neželenih dogodkov v zdravstvu še ni dokončno dorečena. Tako se srečujemo z izrazi, kot so napaka pri pacientu, varnostni zaplet, opozorilni nevarni dogodek, varnostna tveganja, neželen dogodek in incident. V Psihiatrični kliniki Ljubljana (PKL)

uporabljamo termin incident, ki je definiran kot nepričakovan, neprijeten dogodek, kateri prekine normalen potek kakega dejanja, dela (42). Neželeni dogodek je vsak dogodek, ki je ali bi lahko pacientu v času njegovega zdravljenja povzročil »škodo« in ni posledica narave njegove bolezni. Najpogostejša vrsta neželenih dogodkov v PKL so padec, nasilje, usmerjeno na ljudi, besedna agresija, avtoagresija, samovoljni odhod iz odprtega in pobeg iz varovanega oddelka (32).

Pri prepoznavanju in preprečevanju neželenih dogodkov moramo biti pri opazovanju pacientovega vedenja še posebej pozorni na dejavnike tveganja, ki so za posamezne neželene dogodke značilni. Pri preprečevanju padcev moramo biti pozorni na: paciente, starejše od 65 let; paciente, ki že imajo v anamnezi padec; paciente, ki so fizično slabotni, nestabilni pri hoji, vrtoглаvi ali sedirani zaradi zdravil; pacientovo obutev in ustrezna ter suha tla itd. (32).

Na nevarnost heteroagresije in besedne agresije na oddelku vpliva: populacija pacientov (prenapolnjeni oddelki), razmerje med številom osebja in številom pacientov (pozornost do pacientov), pomanjkanje/neustrezna komunikacija, neustrezni odnosi (strpnost osebja) in neustrezna organizacija oddelka (32). Samomorilno ogroženi pacienti se na oddelku umikajo, so tihi in premišljujejoči ter le pozorno opazujejo dinamiko oddelka. V pogovoru »črne« misli bodisi potrdijo bodisi zanikajo. Iz naštetega je razvidno, da obvladovanje neželenih dogodkov zahteva strokovno in odgovorno delo celotnega negovalnega tima, ki mora ob nastopu neželenega dogodka delovati usklajeno, hitro in v smeri preprečevanja najhujših posledic. V pomoč pri preprečevanju neželenih dogodkov so tudi lestvice za ocenjevanje tveganja za padec in za heterogresivno vedenje (BVC) (32).

Preventiva – delovanje v smeri preprečevanja neželenih dogodkov (32):

- s pacientom vzpostaviti iskren, zaupljiv, razumevajoč in spoštljiv odnos,
- zagotavljanje varnosti na oddelku in ustvarjanje terapevtskega – pozitivnega okolja,
- spoštovanje individualnosti in celovitosti posameznika in njegovih potreb,
- terapevtska komunikacija s pacientom, usmerjena v zagotavljanje občutka varnosti in zmanjševanja strahu ter napetosti,
- prepoznavanje dejavnikov tveganja za avto/heteroagresivno vedenje in padce,
- upoštevanje standardov za preprečevanje padcev,
- posebno pozornost nameniti pacientom z visokim tveganjem za hetero ali avtoagresivno vedenje,
- uporaba deeskalacijskih tehnik ob nevarnosti izbruha nezaželenih dogodkov.

Strokovno ukrepanje ob neželenem dogodku (32):

- hitro prepoznavanje nasilnega vedenja,
- pacientu se približamo na neogrožujoč način in mu damo fizični prostor,
- zagotovitev varnosti drugih pacientov in varnosti osebja (usklajeno delovanje),
- usmerjanje v ustrezno-konstruktivno vedenje,
- oskrba poškodbe/rane ob nezaželenih dogodkih,
- uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU) (zdravnik),
- uporaba deeskalacijskih tehnik.

Naloge ms/zt po neželenih dogodkih (32):

- razbremenilni pogovor s pacientom o vzrokih in posledicah incidenta,
- vzpodbujanje kritičnega razmišljanja o lastnem vedenju,
- učenje kontrole lastnega vedenja in odzivanja v stresnih situacijah,
- usmerjanje v konstruktivnejše oblike vedenja in primerne izražanja nezadovoljstva

- jeze;
- pohvala pacienta ob ustrezni reakciji v konfliktnih situacijah,
- pogovor osebja o vzrokih, poteku, pravilnosti ukrepanja in posledicah nezaželenih dogodkov (izpolnitev Poročila o incidentu, obveščanje pristojnih),
- periodična analiza nezaželenih dogodkov in oblikovanje ukrepov za njihovo zmanjšanje.

Obvladovanje neželenih dogodkov v psihiatrični zdravstveni negi za vse zaposlene predstavlja enega ključnih členov pri ohranjanju in izboljševanju kakovosti obravnave pacientov. Vsi ukrepi in prizadevanja za izboljšanje kakovosti našega dela so lahko le prazne črke na papirju ali v prazno izrečene besede, če vsak izmed nas ne prispeva svojega dragocenega kamenčka v mozaik pri doseganju začrtanih ciljev. Izpolnitev le-teh pa ne bo le v korist pacientov, ampak tudi v naše zadovoljstvo pri delu in v vzpodbudo, da smo lahko še boljši (32).

6.5 Ocena tveganja za nasilno vedenje pri pacientu

Trenutno najbolj poenostavljen vprašalnik, ki vsebuje vse glavne postavke, je v svetu vse bolj uporabljeni BRØSET VIOLENCE CHECKLIST ali na kratko BVC. Vprašalnik BVC je razvil Roger Almvik, ki je glavni organizacijski medicinski tehnik na Psihiatrični kliniki Brøset v Trondheimu, Norveška (44).

Vprašalnik je bil razvit na podlagi najbolj pogostih vzorcev obnašanj pred samim nasilnim neželenim dogodkom in tako vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj. Sam vprašalnik je izredno preprost in ne zahteva veliko časa izpolnjevalca. Vprašalnik se lahko uporablja ob sprejemu pacienta, kot tudi kasneje na oddelku, bodisi za ponovno kontroliranje nevarnosti nasilnega vedenja pacienta, kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, v namen prenosa informacij o pacientih med izmenami. Potrebno se je zavedati, da lahko vprašalnik izpolnjuje le oseba, ki je del negovalnega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja vprašalnika. Izpolnjevalec enostavno označi spremenljivke, ki so prisotne pri pacientu, s številko 1, in spremenljivke, ki pri pacientu niso prisotne, s številko 0, ter na koncu sešteje vsa števila (44).

Preglednica 2: Primer BVC vprašalnika

Ime in priimek pacienta: -----	Izmena 1	Izmena 2	Izmena 3
<i>Čas izpolnjevanja</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Spremenljivke</i>	<i>Ura:</i>	<i>Ura:</i>	<i>Ura:</i>
Zmedenost			
Razdražljivost			
Glasnost, hrupnost			
Verbalne grožnje			
Fizične grožnje			
Znašanje nad predmeti			
SKUPNO			
Podpis			

Preglednica 3: Tabela rezultatov iz BVC vprašalnika

Rezultat – SKUPNO	Opis predvidenega ukrepa
0	Možnost nasilja je majhna.
1–2	Obstaja možnost fizičnega nasilja; osebje mora biti pripravljeno na možnost uporabe fizičnih varnostnih ukrepov.
> 3	Obstaja velika verjetnost fizičnega nasilja; osebje se mora pripraviti za uporabo fizičnih varnostnih ukrepov.

Kot je razvidno iz vprašalnika, so dosedanje raziskave pokazale, da je najbolj optimalna frekvenca izpolnjevanja vprašalnika enkrat na izmeno oziroma 2- do 3-krat v 24 urah. V državi, kjer so razvili BVC vprašalnik, se le-ta že uvaja kot eden od instrumentov za hitro predvidevanje nasilnosti psihiatričnih pacientov tako na terenu kot kasneje v bolnišnici (44).

Sam vprašalnik se je že tudi testiral na različnih psihiatričnih klinikah: najprej na Norveškem in nato še v ZDA, Kanadi, Švici ter na Švedskem. Rezultati študij so pokazali, da je BVC vprašalnik (44):

- dobro orodje za hitro napoved nasilnega vedenja in s tem za ustrezno ukrepanje,
- s 95 % specifičnostjo in nad 80 % občutljivostjo zelo zanesljiv vprašalnik,
- enostaven za uporabo in je zato uporaben tudi v času zahtevnejšega sprejema,
- uporaben tudi kasneje na oddelku za sledenje pacientovega stanja, za redno preverjanje nevarnosti nasilnega vedenja na oddelku,
- pomemben je tudi zato, ker omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo o pacientu med osebjem, izmenami in ustanovami.

Primer praktične uporabe BVC:

Ena izmed držav, ki poskušajo v redno prakso uvesti BVC, je tudi Švica. Postopek uvajanja se je izvajal na Psihiatrični kliniki v nemško govorečem predelu Švice (Zürich). Pred samim začetkom izvajanja pilotnega testiranja je bilo potrebno prevesti originalno BVC dokumentacijo iz norveškega v nemški jezik (BVC-G). Skupine strokovnjakov so najprej prevedle norveške dokumente v nemški jezik in nato iz nemškega jezika nazaj v norveškega. Ta postopek so ponovili večkrat, da so eliminirali možnosti napak zaradi prevoda. Po končanem prevajanju dokumentov v nemški jezik je bila izbrana skupina zdravstvenega osebja, ki ji je bil predstavljen celotni postopek izpolnjevanja BVC. Skupini štirih medicinskih tehnikov in sester je bila dodeljena skupina 16 pacientov, ki so jih razvrščali v skupine. Tekom pilotnih poskusov je bilo potrebno medicinskemu osebju dodatno razlagati pomen vprašalnika. Na sam vprašalnik so bili dodani tudi določeni podnaslovi oziroma pojasnila, da se je medicinsko osebje pravilno odločalo o stanju posameznega pacienta. Zavedati se je potrebno, da se je s temi dodatki k vprašalniku kar najboljše poskušalo približati izvirniku (44).

7 EMPIRIČNI DEL

7.1 Namen in cilj naloge

Duševne motnje so lahko za nepoznavalce skrivnostne, nerazumljive in strah vzbujajoče. Najhujša posledica teh obolenj je, da trgajo vezi med pacientom in njegovim ožjim ter širšim okoljem. Trganje vezi lahko teče tako naglo, kot počasi, se ustavi ali pa je neustavljivo. Težave v duševnem zdravju pogosto prizadenejo bistvo človekovega bivanja – bivanja v skupnosti.

Izbruh odklonilnega in nasilnega vedenja pri pacientih prištevamo k urgentnim stanjem v psihiatriji in za zdravstveno negovalno osebje pomenijo najbolj stresne situacije, s katerimi se srečujemo na intenzivnih oddelkih psihiatričnih klinik, v sprejemnih ambulantah in/ali tudi na terenu. V primeru neprostoVOLjne hospitalizacije je pogosto potrebno izvajati telesno oviranje oziroma posebni varovalni ukrep. Intervencijo po naročilu zdravnika izvede zdravstveno negovalno osebje. Najpogostejši varovalni ukrep je fizično oviranje pacienta s pasovi. Pri tem postopku omejevanja je osebje kljub strokovnim postopkom, uporabi terapevtske komunikacije, uporabi strategij zmanjševanja napetosti in spoštovanju etičnih načel pogosto izpostavljeno konfliktu. V klinični praksi je zelo pomembno, da zdravstveno negovalno osebje pozna pomen tehnik za zmanjševanje napetosti (terapevtske komunikacije in deeskalacijske tehnike) in pravilno uporabo posebnih varovalnih ukrepov.

Nasilje se pojavlja povsod okoli nas, tudi v zdravstvenih ustanovah. Prisotnost verbalnega in fizičnega nasilja ter njegovo obvladovanje predstavlja posebni problem, še zlasti v psihiatričnih bolnišnicah, saj se tam zdravstveno osebje pogosto srečuje z nasiljem.

Namen diplomskega dela je:

- opraviti raziskavo in analizo posebnega fizičnega varovalnega ukrepa in neželenih dogodkov na sprejemnem varovanem moškem (SM) in ženskem oddelku (SŽ) v Psihiatrični kliniki Ljubljana.

Cilji diplomske naloge:

- predstaviti pomen posebnih varovalnih ukrepov (PVU) v bolnišničnem okolju,
- predstaviti intervencije za pravilno uporabo PVU,
- predstaviti vlogo zdravstveno negovalnega osebja pri PVU,
- ugotoviti število letnega izvajanja PVU v letu 2008 in jih primerjati analizo iz obdobja 2004,
- ugotoviti, v kateri izmeni se negovalno osebje največkrat srečuje s PVU,
- ugotoviti število neželenih dogodkov v letu 2008 in jih primerjati analizo iz obdobja 2004.

7.2 Hipoteze

- Zdravstveno negovalno osebje pozna pomen tehnik za zmanjševanje napetosti.
- Zdravstveno negovalno osebje zna pravilno uporabljati posebne varovalne ukrepe (PVU).
- Pri izvajanju PVU je zdravstveno negovalno osebje pogosto izpostavljeno.
- Zdravstveno negovalno osebje pogosto doživlja strah pri izvajanju PVU.

7.3 Metode dela

V teoretičnem delu diplomske naloge je bila uporabljena deskriptivna ali opisna metoda.

Za zbiranje podatkov smo v raziskavi uporabili obrazec »Evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa« (Priloga 1), s katerim smo zbirali podatke o pogostosti uporabe vseh PVU, v kateri izmeni se največkrat srečujemo s PVU, ter uporaba deeskalacijskih tehnik. Obrazec PVU v celoti izpolni odgovorni zdravnik po predhodnem pogovoru z zdravstveno negovalnim timom.

Za zbiranje podatkov o neželenih dogodkih je bil uporabljen interni obrazec »Poročilo o incidentu« (Priloga 2), s katerim smo ugotavljali vrsto, pogostost dogodkov ter njihove posledice. Obrazec v celoti izpolni zdravstveno negovalni tim.

V analizo so bili vključeni podatki o posebnih varovalnih ukrepih in neželenih dogodkih, ki so se zgodili v Psihiatrični kliniki Ljubljana v letu 2008 na sprejemnem varovanem moškem (SM) in sprejemnem ženskem oddelku (SŽ) v času od 1.1.2008 do 31.12.2008.

Pred raziskavo smo pridobili pisno soglasje vodstva Psihiatrične klinike Ljubljana (Priloga 3) za vpogled v negovalno dokumentacijo in uporabo podatkov o vseh posebnih varovalnih ukrepih in neželenih dogodkih v obdobju 1.1.2008–31.12.2008. Zbrani podatki so bili uporabljeni samo v raziskovalne namene.

Za obdelavo podatkov in predstavitev rezultatov raziskave sta bila uporabljena računalniška programa Microsoft Excel in Microsoft Word. Rezultate smo predstavili v tekstu, tabelah in grafih.

Rezultate zbiranja in analize podatkov smo primerjali s študijo o neželenih dogodkih in s pomočjo podatkov iz Psihiatrične klinike Ljubljana v letu 2004.

7.4 Rezultati raziskave

V letu 2008 je bilo na dva intenzivna oddelka, in sicer na sprejemni moški (SM) in sprejemni ženski varovani oddelek (SŽ) Psihiatrične klinike Ljubljana skupno sprejetih 2731 pacientov, od tega 1405 pacientov moškega spola in 1326 pacientk.

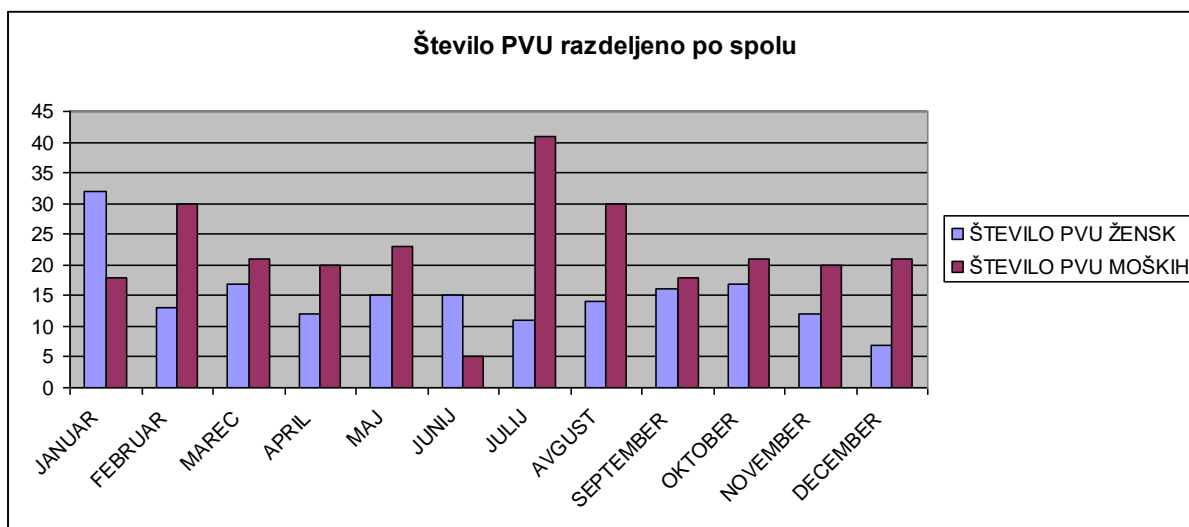
Preglednica 4: Število sprejemov na SM in SŽ oddelku razdeljeno po mesecih.

MESEC	SPREJEM	
	MOŠKI	ŽENSKE
Januar	123	116
Februar	126	110
Marec	136	105
April	133	94
Maj	115	120
Junij	109	99
Julij	125	126
Avgust	108	111
September	122	115
Oktober	83	119
November	116	114
December	109	97

SKUPNO	1405	1326
--------	------	------

V letu 2008 je bilo skupno evidentiranih 449 posebnih varovalnih ukrepov (PVU), in sicer 268 pri moških in 181 pri ženskah.

Graf 1: Število posebnih varovalnih ukrepov



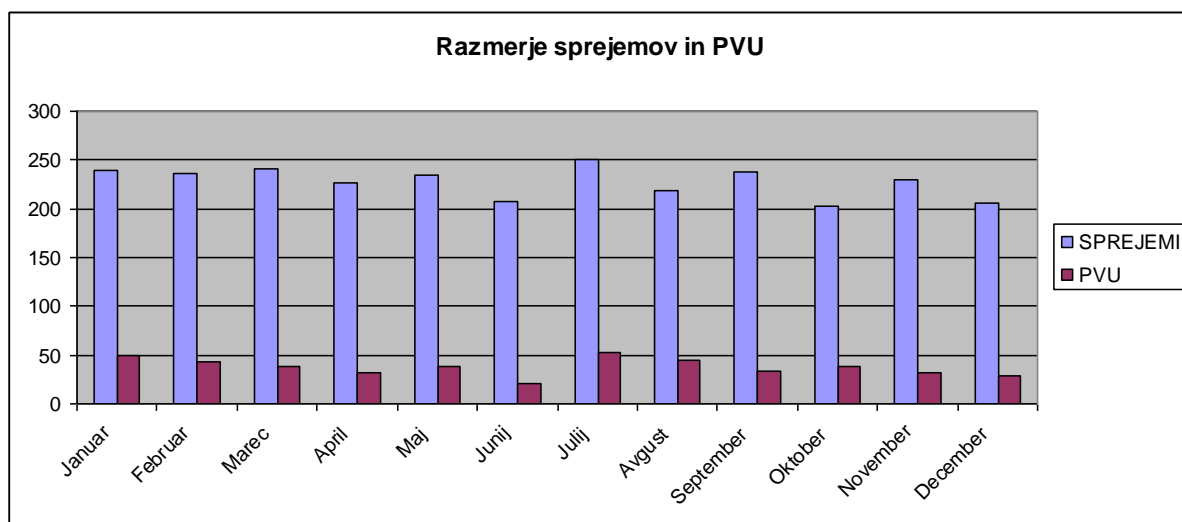
V obdobju od 1.1.2008 do 31.12.2008 je bilo v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku od 2731 sprejemov izvedenih skupno 449 posebnih varovalnih ukrepov, kar je 16,4 % glede na število vseh sprejemov.

Posebni varovalni ukrepi so bili na sprejemnih oddelkih najpogosteje izvedeni v situacijah, ko so se pacienti zaradi bolezenskega stanja in psihopatološkega doživljanja počutili ogrožene in niso zmogli sodelovati v terapevtskem programu zdravljenja.

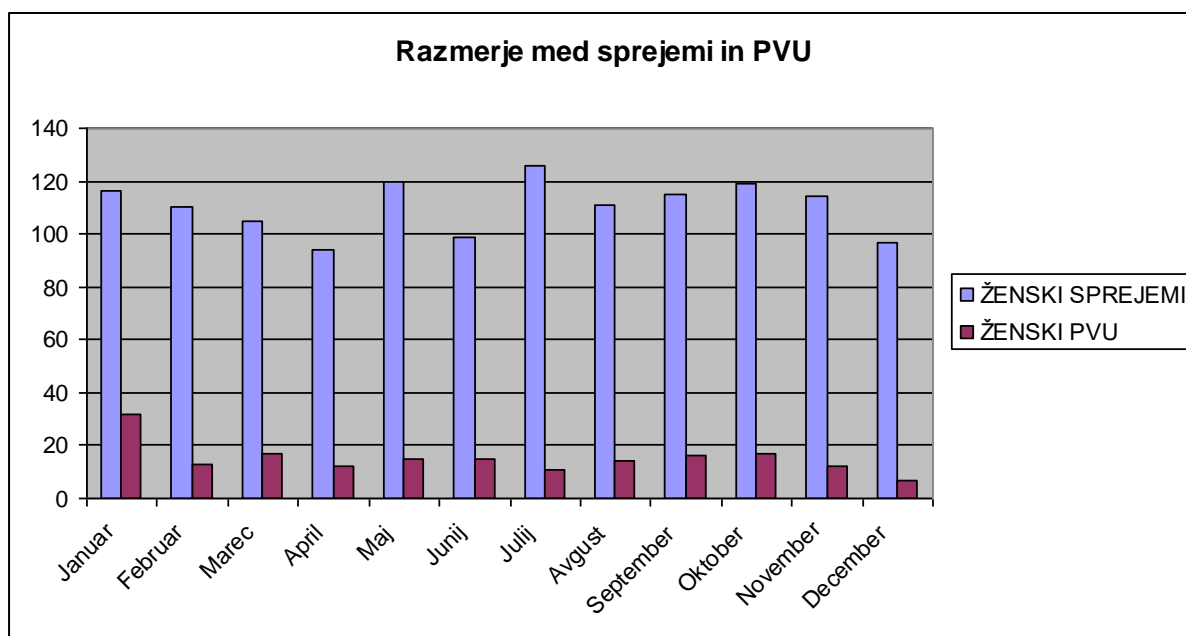
Preglednica 5: Število posebnih varovalnih ukrepov na SM in SŽ oddelku, razdeljeno po mesecih

MESEC	ŠTEVILO PVU SŽ ODDELKA	ŠTEVILO PVU SM ODDELKA
JANUAR	32	18
FEBRUAR	13	30
MAREC	17	21
APRIL	12	20
MAJ	15	23
JUNIJ	15	5
JULIJ	11	41
AVGUST	14	30
SEPTEMBER	16	18
OKTOBER	17	21
NOVEMBER	12	20
DECEMBER	7	21

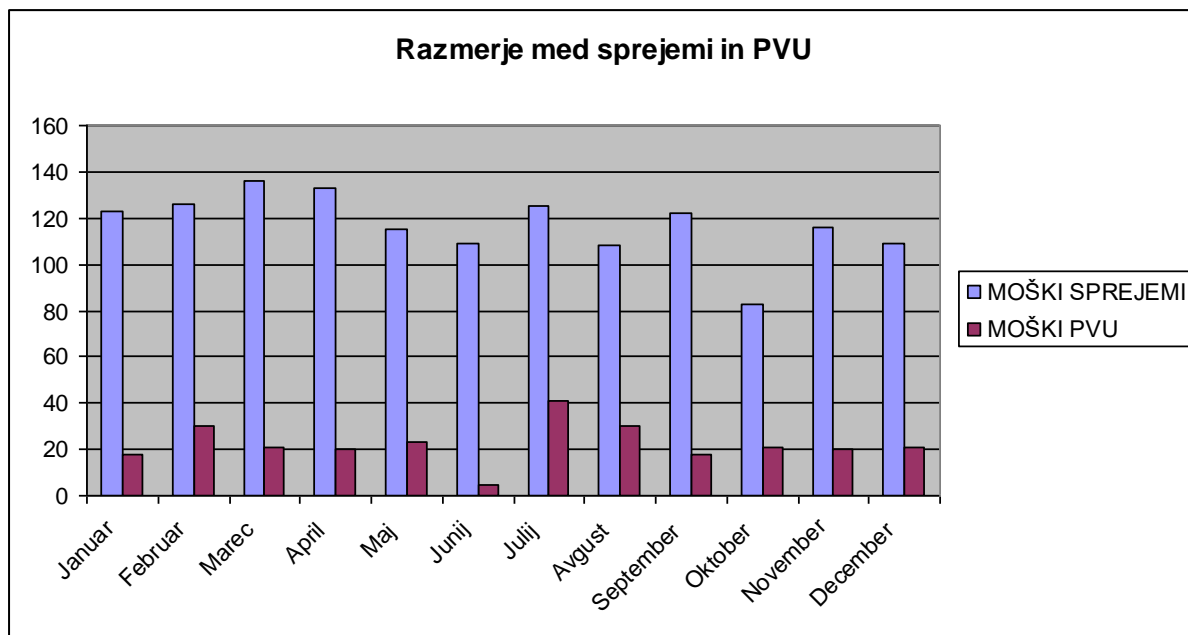
Graf 2: Skupno število sprejemov in posebnih varovalnih ukrepov



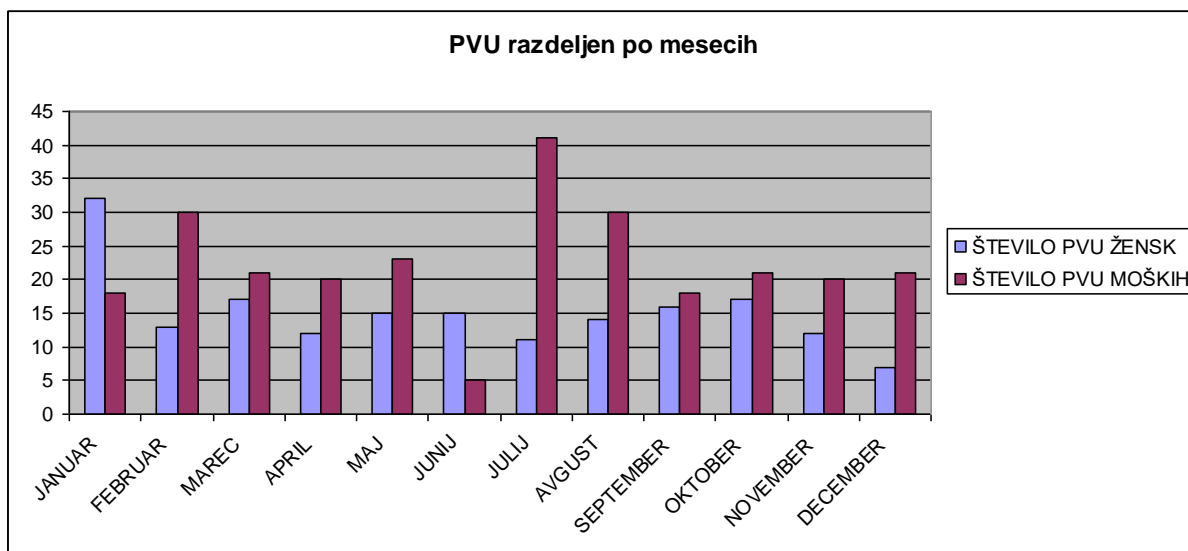
Graf 3: Število sprejemov in število uporabe posebnih varovalnih ukrepov na SŽ oddelku



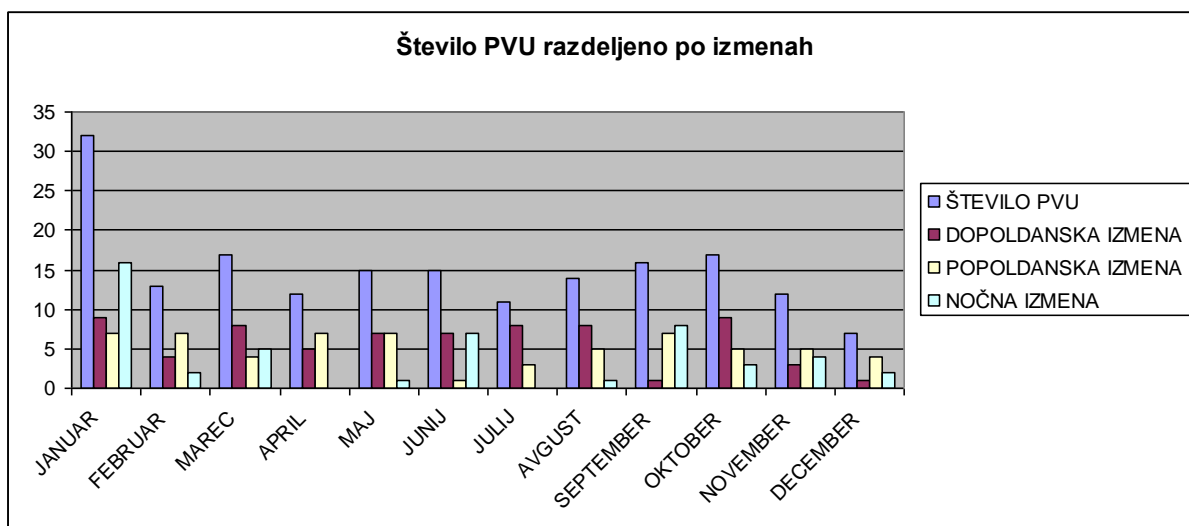
Na sprejemnem ženskem oddelku (SŽ) je bilo v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 1326 sprejemov, od tega je bil pri 181 uporabljen posebni varovalni ukrep, kar znaša 13,6 % glede na število ženskih sprejemov.

Graf 4: Število sprejemov in število uporabe posebnih varovalnih ukrepov na SM oddelku

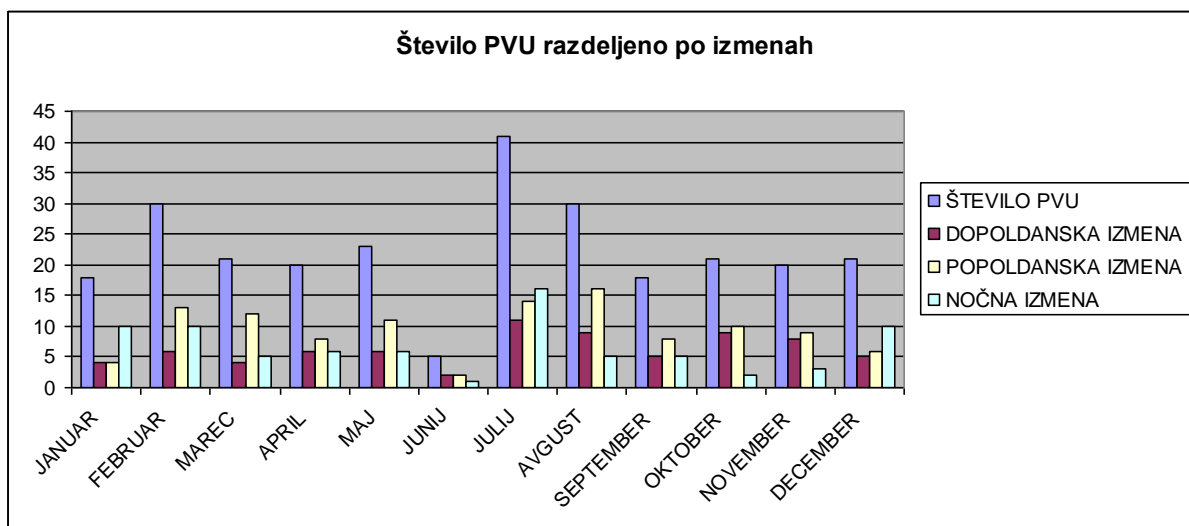
Na sprejemnem moškem oddelku je bilo v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 1405 sprejemov, od tega je bil pri 268 uporabljen posebni varovalni ukrep, kar pomeni 19,1 % glede na število vseh sprejemov.

Graf 5: Skupno število posebnih varovalnih ukrepov, razdeljeno po mesecih

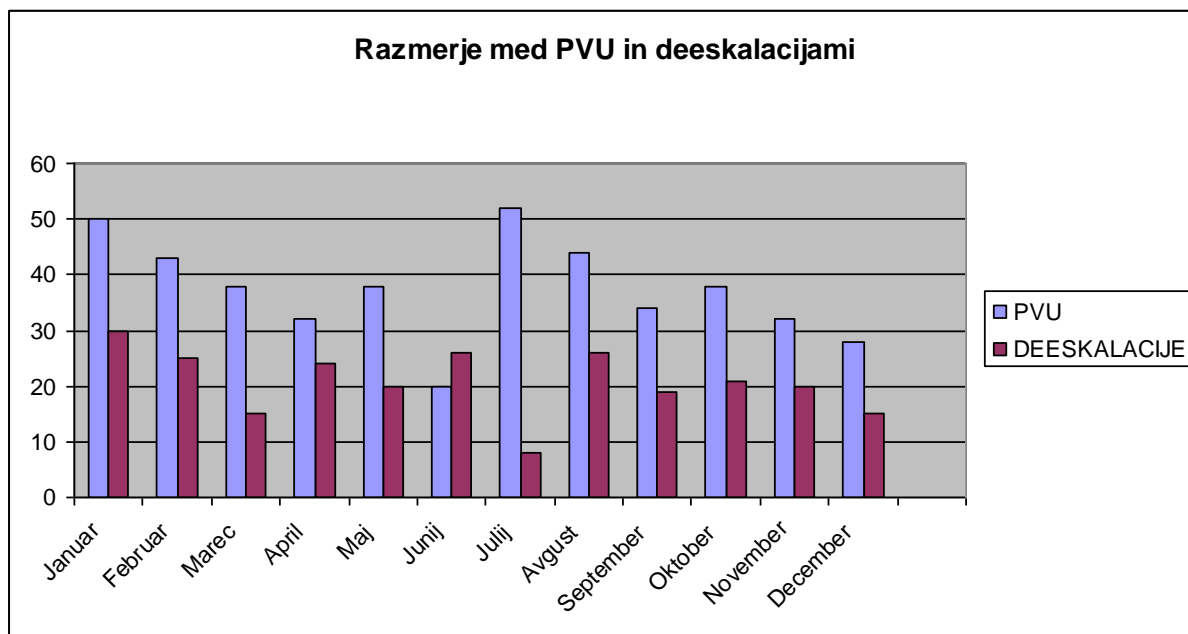
Iz grafa je razvidno, da je največji porast uporabe posebnega varovalnega ukrepa na sprejemnem moškem oddelku v poletnih mesecih, tj. juliju in avgustu, na sprejemnem ženskem oddelku pa je največji porast v januarju.

Graf 6: Število posebnih varovalnih ukrepov na SŽ oddelku, razdeljeno po izmeni

Na sprejemnem ženskem oddelku je bilo v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 od 181 posebnih varovalnih ukrepov izvedenih 70 (38,7%) v dopoldanski izmeni, 62 (34,2 %) v popoldanski izmeni in 49 (27,1 %) v nočni izmeni.

Graf 7: Število posebnih varovalnih ukrepov na SM oddelku, razdeljeno po izmeni

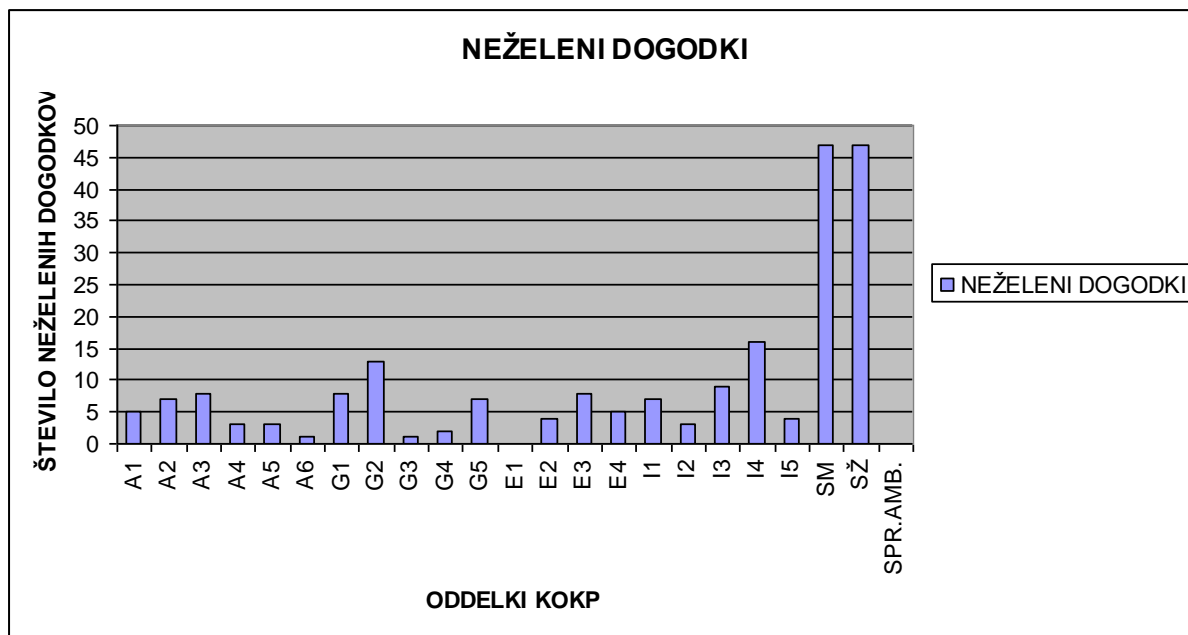
Na sprejemnem moškem oddelku je bilo v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 od 268 posebnih varovalnih ukrepov izvedenih 75 (28 %) v dopoldanski izmeni, 113 (42,2 %) v popoldanski izmeni in 80 (29,8 %) v nočni izmeni.

Graf 8: Prikaz razmerja med posebnimi varovalnimi ukrepi in deeskalacijskimi tehnikami

V obdobju 1.1.2008–31.12.2008 je bilo v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku od uporabljenih 449 posebnih varovalnih ukrepov uporabljenih 249 deeskalacijskih tehnik, kar pomeni 55.4 %.

V letu 2008 se je v Psihiatrični kliniki Ljubljana na kliničnem oddelku za klinično psihiatrijo (KOKP) zgodilo 208 neželenih dogodkov.

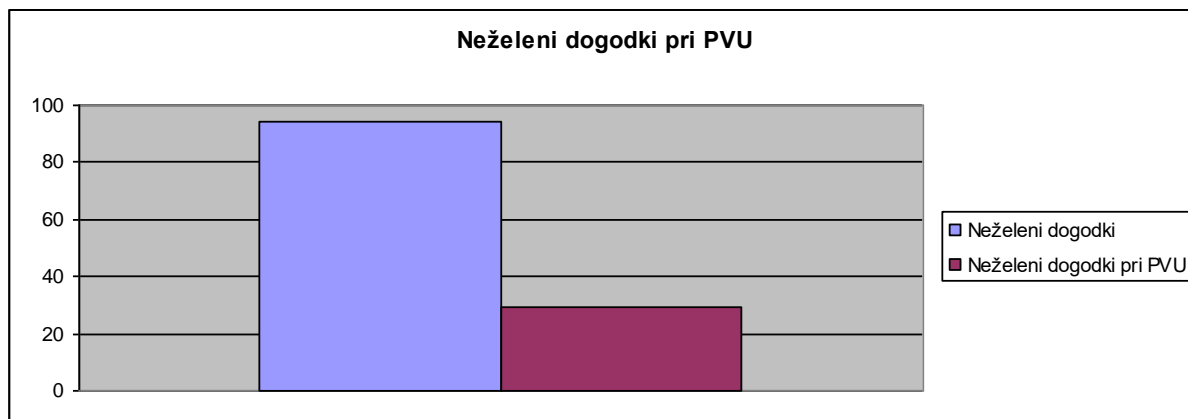
Zabeleženi neželeni dogodki po oddelkih prikazujejo najbolj izpostavljene oddelke, kjer največkrat prihaja do neželenih dogodkov. Največ neželenih dogodkov v kliničnem oddelku za klinično psihiatrijo se je zgodilo na sprejemnem moškem oddelku, to je 47 in na sprejemnem ženskem oddelku 47 neželenih dogodkov. Na drugih oddelkih ne prihaja tako pogosto do neželenih dogodkov.

Graf 9: Prikaz neželenih dogodkov po oddelkih kliničnega oddelka za klinično psihiatrijo

Klinični oddelek za klinično psihiatrijo je razdeljen na več enot:

- Enota za intenzivno terapijo EIPT, oddelki: I1, I2, I3, I4, I5, Sprejemna ambulanta, Sprejemni moški oddelek (SM) in sprejemni ženski oddelek (SŽ)
- Enota za gerontopsihiatrijo EGPT, oddelki: G1, G2, G3, G4, G5
- Enota za rehabilitacijo ERE, oddelki: E1, E2, E3, E4
- Enota za prolongirano psihiatrično terapijo EPT, oddelki: A1, A2, A3, A4, A5, A6

Zaradi podrobnejše analize smo se v nadaljevanju osredotočili na oba sprejemna oddelka SM in SŽ.

Graf 10: Prikaz razmerja neželenih dogodkov in neželenih dogodkov, ki so nastali pri posebnih varovalnih ukrepih

V obdobju 1.1.2008–31.12.2008 je bilo v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem

moškem in ženskem oddelku 94 neželenih dogodkov. Pri 29 neželenih dogodkih, kar znaša 30,8 %, se je zaradi povečanega tveganja za varnost izvedel posebni varovalni ukrep.

Preglednica 6: Prikaz neželenih dogodkov po mesecih

MESEC	SM	SŽ
JANUAR	2	7
FEBRUAR	5	5
MAREC	3	2
APRIL	10	10
MAJ	3	5
JUNIJ	2	2
JULIJ	6	3
AVGUST	7	5
SEPTEMBER	1	1
OKTOBER	2	0
NOVEMBER	3	5
DECEMBER	3	2
SKUPAJ	47	47

Kot je razvidno iz tabele, se je na sprejemnem moškem in ženskem oddelku Psihiatrične klinike Ljubljana največ neželenih dogodkov zgodilo v mesecu aprilu.

Preglednica 7: Prikaz neželenih dogodkov razdeljeno po izmenah

IZMENE	SM	SŽ
Dopoldanska izmena	15	22
Popoldanska izmena	23	21
Nočna izmena	9	4
Skupaj	47	47

Skupno se je največ neželenih dogodkov v PK Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku zgodilo v popoldanski delovni izmeni.

Preglednica 8: Vrste neželenih dogodkov

VRSTE NEŽELENIH DOGODKOV	SM	SŽ
AVTOAGRESIJA	1	1
Samopoškodbeno vedenje	0	6
Samopoškodba z ostrim predmetom	1	0
Poskus samomora	0	2
Drugo	0	2
Fizično nasilje usmerjeno na ljudi	23	10
Verbalno nasilje	6	2
Uničevanje predmetov, inventarja	10	2
Pobeg iz varovanega oddelka	1	1

Spolno nadlegovanje	2	2
Kraja	0	1
Drugo	4	20

V PK Ljubljana oddelku so bili na sprejemnem moškem in ženskem najpogosteje evidentirani neželeni dogodki, ki so bili povezani z oblikami nasilnega vedenja, kot npr. fizično nasilje, ki je usmerjeno na ljudi, manj pogosto pa je bilo zabeleženo verbalno nasilje in uničevanje materiala.

Preglednica 9: Posledice neželenih dogodkov

POSLEDICE NEŽELENIH DOGODKOV	SM	SŽ
Duševna bolečina pacienta	9	16
Duševna bolečina osebja	17	9
Poškodba inventarja	8	2
Telesna poškodba zaposlenega	10	8
Telesna poškodba povzročitelja	9	6
Telesna poškodba drugih bolečina	5	0

Najpogostejša posledica neželenih dogodkov v PK Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku je bila duševna bolečina osebja, ki najpogosteje nastane pri obvladovanju pacientov zaradi fizičnega, verbalnega nasilja in povzročanja materialne škode.

Zdravstveno negovalno osebje izvaja posebne varovalne ukrepe in je udeleženo pri neželenih dogodkih, ki se najpogosteje zgodijo zaradi omejevanja in fizičnega nasilja pacientov. V opazovanem obdobju so se zgodili v 33 primerih. Pri teh dogodkih je osebje izpostavljeno in pogosto doživlja duševno bolečino. Najpogosteje so se neželeni dogodki v opazovanem obdobju zgodili v popoldanski delovni izmeni, ko je na bolniških oddelkih razporejeno večino samo zdravstveno negovalno osebje.

8 RAZPRAVA

Ena od temeljnih načel kakovosti v zdravstvu je varnost pacientov in osebja, ki za psihiatrično zdravstveno nego dnevno predstavlja najpomembnejši element pri zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene nege. Eden pomembnejših kazalnikov zagotavljanja varnosti pacientov so nezaželeni dogodki in posebni varovalni ukrepi, ki so pri delu s psihiatričnimi pacienti zelo specifični. Zelo pomembno vlogo pri prepoznavanju, obvladovanju in preprečevanju posebnih varovalnih ukrepov in neželenih dogodkov imamo zaposleni v zdravstveni negi, saj smo edino strokovno osebje, ki preživi s pacienti 24 ur na dan..

V opazovanjem obdobju v letu 2008 je bilo v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku evidentiranih skupno 449 posebnih varovalnih ukrepov in dokumentiranih 94 neželenih dogodkov, od tega jih je bilo 30,8 % izvedenih zaradi povečanega tveganja za različne oblike nasilnega vedenja pacientov.

Iz preglednice 4 je razvidno, da je bilo moških sprejemov za 79 več kot ženskih. Kot je razvidno iz grafa 1, je razdelitev glede na spol pokazala, da se posebni varovalni ukrep na sprejemnih intenzivnih oddelkih pogosteje izvede pri pacientih moškega spola. Natančnejša razdelitev nam pokaže, da je bilo leta 2008 izvedenih 16,4 % posebnih varovalnih ukrepov glede na število vseh sprejemov (graf 2). Od tega so bili posebni varovalni ukrepi pri moških pacientih uporabljeni 268-krat (19,1%) in pri ženskah 181-krat (13,6 %). (grafa 3 in 4).

V empirični raziskavi smo potrdili naslednje zastavljene hipoteze, s katerimi smo preverjali znanje, spretnosti, veščine in stiske oziroma izpostavljenost zdravstveno negovalnega osebja pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji.

H1: S pregledom dokumentacije in z analizo podatkov lahko sklepamo, da zdravstveno negovalno osebje pozna pomen tehnik za zmanjševanje napetosti.

V prvem delu smo opisali pomene in postopke tehnik za zmanjševanje napetosti. V raziskavi (graf 8) smo ugotovili, da je bilo v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku uporabljenih 249 (55,4 %) deeskalacijskih tehnik oziroma tehnik za zmanjševanje napetosti pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov. Zdravstveno negovalno osebje pozna pomen tehnik za zmanjševanje napetosti in jih v klinični praksi tudi izvaja. V opazovanem obdobju je bilo v več kot polovici primerov evidentirano izvajanje teh tehnik ob sprejemu pacientov. Zaradi psihopatološkega doživljanja pacienti ob sprejemu napačno prepoznavajo sebe in okolico, počutijo se ogroženo, empatija in terapevtska komunikacija pa sta pomembni sposobnosti zdravstveno negovalnega osebja. Glede na pridobljene rezultate lahko prvo hipotezo potrdimo.

H2: Iz analize podatkov o uporabi PVU na proučevanem vzorcu lahko sklepamo, da zdravstveno negovalno osebje zna pravilno uporabljati posebne varovalne ukrepe (PVU).

V teoretičnem delu naloge smo opisali celotni postopek uporabe in izvajanja posebnih varovalnih ukrepov. Zdravstveno negovalno osebje se kontinuirano usposablja za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov. Prav tako na Psihiatrični kliniki Ljubljana enkrat letno poteka preverjanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov, ki jih mora znati praktično izvajati vse zdravstveno negovalno osebje. Posredno ugotavljanje pravilne uporabe PVU z analizo podatkov predstavlja omejitev pri oceni znanja zdravstveno negovalnega osebja. V analizi

podatkov (graf 10) smo ugotovili, da se je v opazovanem obdobju 1.1.2008–31.12.2008 v Psihiatrični kliniki Ljubljana na sprejemnem moškem in ženskem oddelku skupno zgodilo 94 neželenih dogodkov, pri 29 (30,8 %) neželenih dogodkih pa je posledično prišlo do izvajanja posebnega varovalnega ukrepa. Pri izvajanju vseh varovalnih ukrepov (449) je prišlo v 29 primerih (6,5 %) do neželenih dogodkov pri samem izvajanju posebnega varovalnega ukrepa. Glede na pridobljene podatke lahko potrdimo drugo hipotezo, da osebe zna pravilno uporabljati posebne varovalne ukrepe v psihiatriji.

Od 268 posebnih varovalnih ukrepov na sprejemnem moškem oddelku jih je bilo 75 (28 %) izvedenih v dopoldanski izmeni, 113 (42,2 %) v popoldanski izmeni in 80 (29,8 %) v nočni izmeni. Na sprejemnem ženskem oddelku je bilo od 181 posebnih varovalnih ukrepov 70 (38,7%) izvedenih v dopoldanski izmeni, 62 (34,2 %) v popoldanski izmeni in 49 (27,1 %) v nočni izmeni (grafa 6 in 7). Tako kot pri posebnih varovalnih ukrepih, se tudi največ neželenih dogodkov zgodi v popoldanski izmeni, in sicer 46,8 % (preglednica 6). V popoldanskem času je na oddelkih prisotno manjše število osebja, na oddelkih ni organiziranih toliko aktivnosti kot v dopoldanskem času, omeniti pa velja tudi, da je popoldne čas obiskov svojcev. Pacienti se tako pogosto izgubijo v labirintu prostega časa, ki negativno vpliva na njihovo psihično stanje, kar lahko vodi tudi v konfliktno situacijo na oddelku.

H3: Iz analize podatkov o neželenih dogodkih na proučevanem vzorcu lahko sklepamo, da je pri izvajanju PVU zdravstveno negovalno osebje pogosto izpostavljeno.

V analizi podatkov smo ugotovili pogostost izvajanja posebnih varovalnih ukrepov glede na število sprejemov. Na sprejemnem ženskem in moškem oddelku se je v opazovanem obdobju zgodilo 94 neželenih dogodkov, ki so bili najpogosteje povezani z nasilnim vedenjem pacientov, kar se je najpogosteje kazalo kot posledica fizičnega nasilja, materialne škode in verbalnega nasilja. Ugotavljali smo tudi posledice neželenih dogodkov (preglednica 8). Iz rezultatov ugotovimo, da je do telesne poškodbe pri zdravstveno negovalnem osebju zaposlenem prišlo v 18 primerih (19,2%), do duševne bolečine pri zaposlenem v 26 primerih (27,7 %) in v 29 primerih (30,8 %) je prišlo do posebnega varovalnega ukrepa, povezanega z neželenimi dogodki (graf 10). Če seštejemo deleže o posledicah neželenih dogodkov, ugotovimo, da je bilo zdravstveno negovalno osebje izpostavljeno v 77,7 %. Glede na pridobljene rezultate lahko tretjo hipotezo potrdimo.

V letu 2008 je bilo v Psihiatrični kliniki na kliničnem oddelku za klinično psihiatrijo skupno dokumentiranih 208 neželenih dogodkov (graf 9). Razporeditev neželenih dogodkov je glede na število oddelkov, število hospitaliziranih pacientov in frekvenco sprejemov pričakovana. Visoko na prvem mestu po številu neželenih dogodkov sta oba sprejemna oddelka v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo (EIPT), na katerih sta se zgodila kar 45,2 % vseh neželenih dogodkov v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Razlike v številu neželenih dogodkov med moškim in ženskim sprejemnim oddelkom ni, saj se je na obeh pripetilo enako število neželenih dogodkov. Omenjena oddelka sta glede na potrebe pacientov po zdravljenju in zdravstveni negi najzahtevnejša. Pacienti se še posebej na obeh sprejemnih oddelkih nahajajo v akutni fazi bolezni, fluktuacija pacientov je velika, njihovo število pa je marsikdaj tudi na meji oddelčnih zmogljivosti. Če k temu dodamo še velike obremenitve zdravstveno negovalnega osebja pri delu, je podatek o številu neželenih dogodkov pričakovan in razumljiv.

H4: Iz analize podatkov o neželenih dogodkih lahko sklepamo, da zdravstveno negovalno osebje pogosto doživlja strah pri izvajanju PVU.

V analizi podatkov (preglednica 8) smo ugotovili, da je bila kot posledica neželenih dogodkov evidentirana duševna bolečina zdravstveno negovalnega osebja v 26 primerih (27,7 %). Glede na pridobljene podatke hipoteze ne moremo potrditi. Za natančno analizo bi potrebovali bolj

zanesljive podatke o doživljanju strahu, ki ga osebe manj pogosto evidentira kot posledico neželenih dogodkov, saj smo izpostavljenost osebja prepoznali v več kot polovici neželenih dogodkov.

Obvladovanje neželenih dogodkov in izvajanje posebnih varovalnih ukrepov v psihiatrični zdravstveni negi ob neprostoVOLjni hospitalizaciji brez privolitve za vse zaposlene predstavlja enega ključnih členov pri ohranjanju in izboljševanju kakovostne in varne obravnave pacientov.

Pri razdelitvi posebnih varovalnih ukrepov po mesecih (graf 5) je razvidno, da je največji porast posebnega varovalnega ukrepa na sprejemnem moškem oddelku v poletnih mesecih, torej v juliju in v avgustu, kar bi lahko pripisali dodatni obremenjenosti pacientov z njihovo hospitalizacijo, slabšemu počutju nekaterih pacientov in zaposlenih, ki kljub prezračevalnim sistemom težko prenašajo vročino. To je tudi čas dopustov, zaradi katerih se na oddelkih pozna pomanjkanje osebja po izobrazbeni strukturi in izkušnjah. Tako mora na primer delovni terapevt poleg svojega oddelka pokrivati tudi oddelek kolega, ki je na dopustu. Na sprejemnem ženskem oddelku pa je največja porast uporabe posebnega varovalnega ukrepa v mesecu januarju.

Največ neželenih dogodkov se je zgodilo v mesecu aprilu, na drugem mestu pa je poletni mesec avgust (preglednica 6).

V Psihiatrični kliniki Ljubljana je na sprejemnem moškem in ženskem oddelku največkrat zabeleženi neželeni dogodek povezan s fizičnim nasiljem, ki je usmerjeno na ljudi, kar je zaskrbljujoč podatek, saj je to tretjina vseh neželenih dogodkov (preglednica 8).

Za primerjavo podatkov med letoma 2008 in 2004 smo se odločili, ker je bila samo v tistem letu opravljena analiza posebnih varovalnih ukrepov.

Če primerjamo podatke med seboj, opazimo, da pri primerjavi analize posebnih varovalnih ukrepov in neželenih dogodkov iz obdobja 1.1.2008–31.12.2008 z obdobjem 1.1.2004–31.12.2004 izstopa podatek, da se je v letu 2008 močno povečalo število sprejemov, in sicer za 236 na moškem sprejemnem oddelku in za 217 na ženskem. Glede na pridobljene podatke ne preseneča, da je bilo v obdobju 1.1.2004–31.12.2004 zabeleženih 354 posebnih varovalnih ukrepov, in sicer pri 191 moških in 163 ženskah, v obdobju 1.1.2008–31.12.2008 pa je bilo vseh posebnih varovalnih ukrepov 449, od tega 268 pri moških in 181 pri ženskih pacientkah.

V obdobju 1.1.2008–31.12.2008 smo zabeležili 208 neželenih dogodkov in v primerjavi z obdobjem iz 1.1.2004–31.12.2004, se je delež neželenih dogodkov zmanjšal, saj jih je bilo v opazovanjem obdobju evidentiranih 280 neželenih dogodkov.

9 SKLEP

Analize neželenih dogodkov, incidentov in izvajanja posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji so zelo pomembne, saj nam pripomorejo k načrtovanju dela v prihodnje. Pokažejo namreč, kje so kritične točke dela, kaj je dobro in kaj je vredno pohvale, kje so potrebne izboljšave, pokažejo se potrebe po morebitnih novih ukrepih, ki pomagajo pri izpopolnitvi kakovosti našega dela in kakovosti obravnave pacientov.

Do posledic neželenih dogodkov v obliki poškodb pacienta ali zdravstvenega delavca prihaja v redkih primerih, vendar pa je še zmeraj nasilje prav tisto, ki onemogoča izvajanje kvalitetne zdravstvene nege. Kljub redkim poškodbam negovalnega osebja pa se soočamo s posledicami tako na osebni, čustveni kot tudi na strokovni ravni izvajalcev zdravstvene nege.

Zdravstveno negovalno osebje smo usposobljeni za pravilno uporabo posebnih varovalnih ukrepov, poznamo pomen deeskalacijskih tehnik, vendar pa nismo ne po etičnih merilih ne po izobrazbi in ne po usposobljenosti poklicani za obvladovanje nasilnega vedenja.

Prav to nam predstavlja velik problem in hkrati stisko, saj ni določeno, kaj lahko naredimo oziroma kakšne prijeme lahko uporabljamo, ko nas pacient napade oziroma izvede nasilje nad nami.

Zato bi bile dobrodošle organizirane delavnice ali skupine za izbrane paciente, kjer bi se učili socialnih veščin, obvladovanja jeze, ustreznega vedenja, komuniciranja in medosebnih odnosov, kar bi pripomoglo k zmanjšanju neželenih dogodkov in incidentov v kliničnem delovnem okolju.

SEZNAM VIROV

1. World Health Organization
<http://www.who.int/en/>
2. Inštitut za varovanje zdravja
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1644>
3. Zakon o duševnem zdravju
4. Fergola B. Sprejem proti volji pri pacientu z duševno motnjo. (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2007.
5. Komazec S. Nasilje nad negovalnim timom. In: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2000.
6. Kališnik M. Slovenski medicinski izraz. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani, 2002.
7. Švab V. Duševna bolezen in stigma, 2009; 4–9.
8. Makovec M. Psihijatrija in psihologija: prispevek k celostnemu razumevanju ljudi z duševnimi motnjami. Izvirni znanstveni članek.
http://www.anthropos.si/anthropos/2004/1_4/makovec_rus.pdf
9. Tomori M. Uvod. Tomori M, Ziherl S. (ur.) Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 6-8.
10. Ziherl S. Zdravljenje psihiatričnega pacienta. In: Tomori M, Ziherl S (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 377-380.
11. Frangež-Žigon V. Mentalno zdravje. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1997.
12. Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Čuk, V. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. (podtema Pravice pacientov in zaposlenih), Maribor, 26. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2006.
13. Žmitek A. Neprostovoljna hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici. In: Reberšek Gorišek J, Flis V, Rijavec V (ur.). Medicina in pravo. 1999–2000 izbrana poglavja. Maribor: Splošna bolnišnica, 2001: 59–66.
14. Kobentar R, Pregelj P (ur.). Psihiatrična klinika Ljubljana. Učbenik: Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju, Ljubljana, 2009; 169–172.
15. Kobentar R, Pregelj P (ur.). Psihiatrična klinika Ljubljana. Učbenik: Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju, Ljubljana, 2009; 197–202.

16. Kobentar R, Pregelj P (ur.). *Psihiatrična klinika Ljubljana. Učbenik: Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*, Ljubljana, 2009; 223.
17. Kobal M.F. Nasilje psihiatričnega pacienta kot urgentno stanje. In: *Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica*, 1999: 49–62.
18. Kogoj A. *Organske duševne motnje. Psihatrija*. Ljubljana: Littera picta Ljubljana, Medicinska fakulteta, 1999: 101–35.
19. Milčinski, L. *Bolezni odvisnosti*. In: Bras, S. Milčinski, L. *Psihatrija*. Ljubljana, Državna založba Slovenije 1999: 405-417.
20. Groleger, U. Strah pred psihiatrijo že od vedno. *Revija Viva*. Članek dobljen 01.06.2009 na: <http://www.viva.si/clanek.asp?id=1210>.
21. Čuk V. *Zapiski predavanj-interno učno gradivo*. Izola: Visoka šola za zdravstvo, 2008.
22. *Nurses for healthier tomorrow*.
<http://www.nursesource.org/psychiatric.html>.
23. Mary Ann Boyd. *Psychiatric nursing contemporary practice*, 2007; 51–53.
24. Sheila L. Videbeck. *Psychiatric-Mental health 4 th ed*. 2007; 168–171.
25. Cheung P., Schueitzer L., Tuckwell V., Crowley K. 1997: A prospective study of assaults of staff by psychiatric in patients. *Med Sci Law* 37 (1):46–52.
26. Lanza M. 1998: Factors relevant to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*): 259–270.
27. Patti Rager Zuzelo. *The Clinical nurse special handbook*, 2009; 169–170.
28. Škerbinek L. *Pasti psihiatrične zdravstvene nege*, Obzor Zdr N 1998; 32.
29. Kobal M. *Pravni vidiki psihiatrije* In: Tomori M, Ziherl S. (ur.). *Psihatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 507–517.
30. Žmitek A. *Neprosto voljna hospitalizacija: osnovni principi*. In: Bručan A, Gričar M, Vajd R (ur.). *Urgentna medicina izbrana poglavja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2005: 64 –66.
31. Žmitek A. *Od preveč dobrega rada glava boli*. Dnevnik 06.10.2007.
http://dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/273131.
32. Živič Z. (1999). *Zdravstvena nega pacienta z nasilnim vedenjem*. In: Kogovšek B., Kobentar R. *Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije*. Ljubljana, s. 161–168.
33. Kogoj, A. *Pomembnejše organske duševne motnje*. In: Kogovšek, B., Kobentar, R.

- Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Ljubljana: Psihiatrična klinika 1999: 129–137.*
34. Dernovšek, Z. *Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana. Članek dobljen 25.5.2009 na: http://www.vsznje.si/nimages/static/vsz/140/files/preprecevanje_nasilnega_vedenja.pdf*
35. Videčnik, I. *Varnost v psihiatriji. In: Čuk, V. Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. 2007.*
36. Kores-Plesničar B. *Osnove psihofarmakoterapije. Maribor: Medicinska fakulteta, 2008.*
37. Dernovšek M, Novak Grubič V. *In: Priporočila in smernice za uporabo posebnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa – priročnik 2001.*
38. Psihiatrična klinika Ljubljana. *Učbenik: Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju, Ljubljana, 2009; 439–443.*
39. Švab V. *Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didakta v sodelovanju z Organizacijo za duševno zdravje ŠENT, 2001.*
40. Kogovšek B, Kobentar R. *Priročnik psihiatrične ZN in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana. Psihiatrična klinika Ljubljana, 2003; 161–175.*
41. Marinič M. *Izolacija pacientov s pasovi Segufix. In: Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1999: 169–175.*
42. Škerbinek, L. *»Pasti psihiatrične zdravstvene nege«, Obzornika zdravstvene nege, št. 5–6, 1998, str. 180–183.*
43. SSKJ. (1997). *Državna založba Slovenije*
44. Christoph Abderhalden. *The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards, 2008; 91–103.*

PRILOGE

Priloga 1 – Evidenca uporabe posebnega varovalnega ukrepa (PVU)

Priloga 2 – Poročilo o incidentu

Priloga 3 – Pisno soglasje vodstva Psihiatrične klinike Ljubljana

Priloga 4 – Obvestilo o posebnem varovalnem ukrepu (PVU)

Priloga 5 – Obvestilo o uporabi posebnih varovalnih ukrepov